



**ENVELHECIMENTO PORTUGUÊS**

**DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS**

**- POLITICAS E PROGRAMAS SOCIAIS -**

**(ESTUDO DE CASO)**

**MARIA DOS ANJOS SANTOS SOEIRO**

---

**Nota:** lombada (nome, título, ano)  
- encadernação térmica -

**Trabalho de Mestrado em  
Ciência Política e Relações Internacionais, Área de  
Especialização: Globalização e Ambiente**

**2010**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciência Política e Relações Internacionais, na especialização de Globalização e Ambiente, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Teresa Ferreira Rodrigues e da Professora Doutora Maria João Guardado Moreira.

## DECLARAÇÕES

Declaro que esta Dissertação se encontra em condições de ser apreciada pelo júri a designar, bem como é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Maria dos Anjos dos Santos Soeiro

---

Lisboa, ..... de Setembro de 2010

Declaro que esta Dissertação se encontra em condições de ser apresentada a provas públicas.

A Orientadora,

A Orientadora

Teresa Ferreira Rodrigues

---

Maria João Guardado Moreira

---

Lisboa, ....de . \_\_\_\_\_ de 2010

### *Dedicatória pessoal*

*Dedico este trabalho à minha Mãe pelo seu incondicional e profundo amor, que de mim fez a pessoa, que publicamente assumo ser. Obrigado Mãe.*

*Dedico também este trabalho a todos aqueles que queiram tornar um mundo melhor, eco-humano, livre e justo na esperança que todas as gerações vindouras sejam pró-activas, na defesa de seus direitos, assim como na execução dos seus direitos, algo que por vezes fica esquecido, e de extrema importância, assim cabe a cada um de nós tornar este “Mundo” melhor e mais consciente!...*

*“...Envelheçamos rindo... envelheçamos como as árvores fortes envelhecem: na glória da alegria e da bondade, agasalhando os pássaros nos ramos, dando sombra e consolo aos que padecem”.*

Olavo Bilac

### ***“Ficar Velho é Obrigatório, Crescer é Opcional”***

*“O modo de envelhecer depende de como o curso de vida de cada pessoa, grupo etário e geração é estruturado pela influência constante e interactiva de suas circunstâncias histórico-culturais, da incidência de diferentes patologias durante o processo de desenvolvimento e envelhecimento, de factores genéticos e do ambiente ecológico”*

*(Neri e Cachioni, 1999:121)*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço às Professoras Doutoras Teresa Ferreira Rodrigues e Maria João Guardado Moreira a sua orientação, no exercício das suas funções.

Agradeço de igual modo a todas as pessoas que estiveram directa ou indirectamente envolvidas, que mesmo sem o saberem me acompanharam e me guiaram nesta caminhada.

## RESUMO

Neste trabalho tentamos mostrar que as alterações demográficas traduzem modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento da população, vindo colocar aos governos, (políticas e programas sociais) às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados. Constitui assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva. Coloca-se, então, a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia. A promoção de um envelhecimento saudável e de qualidade, que respeita a múltiplos sectores da sociedade.

Ao longo do estudo falaremos de algumas políticas que permitam desenvolver acções mais próximas dos cidadãos idosos, promovendo e incentivando autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades mais frequentes da população em estudo. Envolvendo uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral.

Nosso estudo tem por base a população utente do Centro de Dia de Nossa Senhora do Socorro – (Mouraria) em Lisboa. Teve como suporte um guião de perguntas que englobaram questões, permitindo analisar sob forma qualitativa os presentes programas sociais aplicados e seu grau de satisfação e necessidades.

Serão apresentadas algumas propostas, *desafiadoras* para a actual geração de idosos, tendo em conta algumas Políticas Sociais e actividades já existentes, actuando numa perspectiva multidisciplinar que melhor se coadunem às reais necessidades. Referimos ainda, que este trabalho não deixa de ser um trajecto com caminho para caminhar, pois haverá sempre reorientações e novas práticas a serem ajustadas às novas gerações de idosos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Envelhecimento da população, políticas e programas sociais, desafios contemporâneos.

## **ABSTRACT**

In this work we try to show that the changes reflect demographic changes and sometimes reversal of the age pyramids, reflecting the aging population, been put to governments (social policies and programs) to families and society in general, challenges for which they were not prepared. So it is today, a challenge to individual and collective responsibility. There is, therefore, the question of thinking about aging throughout life, an attitude more preventive and health-promoting and self-government. The promotion of healthy aging and quality, with respect to many sectors of society.

Throughout the study we will talk about some policies that allow for action closer to the senior citizens by promoting and encouraging autonomy and independence, affordable and responsive to more frequent in the study population. Involving and integrated action at the level of changing behavior and attitudes of the general population.

Our study is based on population using the Day Centre Nossa Senhora do Socorro – (Mouraria) in Lisboa. Has been supported by a series of specific questions that encompassed issues, allowing a qualitative analysis under the present social programs implemented and their degree the needs and satisfaction.

We will present some proposals for challenging the current generation of elderly, taking into account some social policies and activities already existing, acting in a multidisciplinary approach that best fit the real needs. Even mentioned, that this work does not cease to be a path with the path to walk, because there will always reorientations and new practices to be adjusted to the new generations of elderly.

**KEYWORDS:** Ageing population, social policies and programs, contemporary challenges.

# ÍNDICE

Lista de Abreviaturas .....	10
<b>Introdução</b> .....	12
<b>Sumário</b> .....	14
 <b>Capítulo I</b> .....	18
 1. CONCEITO GERAL DE ENVELHECIMENTO	
1. 1. Introdução.....	18
1.2. Breves Teorias sobre o Envelhecimento .....	19
1.3. Envelhecimento da População (Portugal Continental ).....	21
1.3.1. - População Idosa .....	24
1.3.2 - Índice de Envelhecimento.....	30
1.3.3. - Esperança de vida .....	32
1.4. Breve Conceito da Quarta Idade .....	36
1.4.1. - Limite de Idade .....	36
1.5. Envelhecimento Saudável e Activo .....	40
1.6. Envelhecer na Sociedade Contemporânea .....	41
1.7. Tendências e Perspectivas Demográficas na União Europeia e Portugal Continental.....	43
1.8. Impacto na Protecção Social e Finanças Públicas.....	45
Síntese do Capítulo .....	46
 <b>Capítulo II</b> .....	48
 2. POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITOS DO IDOSO	
2.1. Introdução.....	48
2.2. Breve Enquadramento Histórico das Políticas Públicas Sociais para a Terceira Idade .....	49
2.2.1. - Políticas Públicas em contexto Português .....	51
2.3. Fundação dos Sistemas .....	53
2.3.1. – Sistemas e Subsistemas Sociais Portugueses .....	53



2.4. Envolvimento na construção de Políticas e Direitos .....	58
2.4.1. - Actores, Personagens e Instituições .....	58
2.4.2. – Instrumentos de Intervenção enquanto Membro da União Europeia .....	61
2.5. Protecção Social justa e forte .....	64
2.5.1. – Enfrentar riscos de envelhecimento .....	64
2.6. Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004/2010 aos seniores .....	65
2.7. Carta Social .....	74
2.7.1 - Instrumento de Intervenção Social enquanto Política Social .....	74
2.7.2 - Dinâmica da Rede .....	76
2.8. Perspectivas de Actuação a uma População Envelhecida.....	78
2.8.1. - Necessidades de Formação Profissionalizada e de Qualidade .....	78
2.9. Medidas Sectoriais .....	82
Síntese do Capítulo .....	86
<b>Capítulo III</b> .....	87
3. ESTUDO DE CASO	
3.1. Introdução .....	87
3.2 Caracterização breve de envelhecimento populacional da cidade de Lisboa .....	88
3.3. Instrumento de Estudo .....	92
3.4. Breve historial e caracterização ao Centro de Dia de Nossa Senhora do Socorro – (CDNSS) .....	92
Resumo .....	105
PROPOSTAS .....	106
CONCLUSÃO .....	110
BIBLIOGRAFIA .....	114
ANEXO I - Guião de Entrevista.....	123
ANEXO II – Declaração .....	125

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**AFI** - Acolhimento Familiar de Idosos ;

**CD** – Centro de Dia;

**CN** - Centro de Noite;

**CE** – Comunidade Europeia;

**CRP** – Constituição da República Portuguesa;

**DIASL** – (equipamento) Direcção de Acção Social Local Sul

**EBS** – Envelhecimento bem sucedido;

**EP** – Envelhecimento Produtivo;

**ICF** - Índice Conjuntural de Fecundidade;

**INE** – Instituto Nacional de Estatística;

**INSRJ** – Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge;

**IPSS** - Instituição Pública de Solidariedade Social;

**LBSS** – Lei de Bases da Segurança Social;

**MSS** - Ministério da Saúde e da Solidariedade;

**NUTS** – Nomenclaturas de Unidades Territoriais de Unidades (Para Fins Estatísticos)

**OIT** – Organização Internacional do Trabalho / (Internacional Labour Organization)

**OMS** - Organização Mundial de Saúde;

**PAII** - Programa de Apoio Integrado aos Idosos;

**PILAR** - Programa Idosos em Lar;

**PNAI** - Plano Nacional de Acção para a Inclusão;

**SAD** - Serviço de Apoio Domiciliário;

**SADI** - Serviços de Apoio Domiciliário Integrado;

**SS** - Segurança Social;

**QDV** – Qualidade de Vida;

**TI** - Terceira Idade;

**TIC** – Tecnologias de informação e de Comunicação;

**UN** - (NU) - Nações Unidas;

**UE** - União Europeia;

**UAI** - Unidades de Apoio Integrado;

## INTRODUÇÃO

Sob forma voluntária, alguns anos a esta parte, venho enriquecendo meu trabalho numa relação directa com a população sénior desta cidade de Lisboa, nomeadamente no Centro de Dia Nossa Senhora do Socorro, Mouraria, zona central e envelhecida da capital. Acompanha-me a inquietação quanto a políticas e programas sociais direccionadas a este grupo de pessoas, o trabalho que se realiza no âmbito do projecto “Envelhecer com Qualidade”, tendo de parcerias a Junta de Freguesia do Socorro e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, é direccionado à prática educativa de adultos idosos. A actividade exercida procura, entre outros aspectos fazer uma tentativa de promoção ao envelhecimento activo e qualidade de vida aos mesmos. Actuo numa lógica de desenvolvimento e construção comunitário neste grupo alvo, pauta-se em reuniões devidamente planeadas para avaliação e evolução e práticas exercidas. A experiência tenta ser um contributo à promoção de envelhecimento activo saudável e bem sucedido. A longevidade nos adultos idosos (seniores) nas sociedades actuais é um ideal convergente com premissas duma promoção da saúde, a vários níveis, bem como a inerência da própria qualidade de vida.

Observando-se tendências *versus* novas necessidades desta população, questiona-se que mudanças deverão ser aplicadas ou ajustadas a uma melhor qualidade de vida neste grupo alvo em estudo. A análise e a observação empírica de uma única experiência, apesar de sua marca singular e contextual, pode contribuir e aumentar para novas formas de actuação com a população idosa.

Dada a complexidade deste ciclo de vida e o aumento da população idosa (Paúl & Fonseca, 2005), (INE, 2002,a); (Simões, 2006) torna-se cada vez mais pertinente intervir e estudar este fenómeno. Trata-se de uma população pela qual ainda há muito para fazer, mas cujas políticas dirigidas neste sentido nem sempre vão ao encontro das suas necessidades. É importante adoptar medidas que proporcionem um *percurso de vida* com mais qualidade, pelo que é útil realizar trabalhos de estudos ao envelhecimento, de forma a contribuir para a desmistificação de estereótipos e estigmatismos existentes acerca dos idosos (Oliveira, 2005).

O objectivo geral deste estudo consiste em analisar alguns Programas e Projectos Sociais oriundas de Políticas Públicas, analisando especificamente a população idosa, utente ou cliente<sup>1</sup> do Centro de Dia Nossa Senhora do Socorro se vai de encontro a novas necessidades e real satisfação.

Os caminhos percorridos na construção do trabalho, especificamente no Estudo de Caso incluem a observação e uma entrevista realizada à dirigente máxima do Centro de Dia. Tendo como suporte um guião de onze perguntas, em resposta aberta (ver em Anexo nº 2) cuja finalidade e objectivo é de recolher informação sobre as valências do Centro de Dia, nomeadamente se fomentam, ou não, o envelhecimento activo com as actividades que desenvolvem e praticam; se estão direccionadas e respondem às necessidades e satisfação dos utentes; como observam o grau de satisfação, quais as linhas orientadoras, se o Centro de Dia responde às reais necessidades. Outro caminho percorrido, ao longo deste estudo, foi a observação directa e participante com os idosos, recolheu-se manifestos diversos via oral de agridos e desagrados. Notou-se que a atitude, por parte dos idosos foi de algum modo *cuidada*, de forma singular e nunca em grupo, tendo a preocupação de poderem ficar sujeitos a possíveis represálias, de tratamento distanciado e/ou discriminado.

A revisão da literatura proposta ao tema, tem como base a nossa experiência e vivência próxima a esta prática voluntária. A inter-relação com os idosos serviu-nos para responder às indagações formuladas, a opção adoptada foi utilizar a documentação específica ao estudo e de algumas estratégias de pesquisa já previstas na nossa rotina de trabalho *voluntário*. Assim neste contexto, e no desenvolvimento da pesquisa utilizamos três tipos de fontes para a obtenção informações: pesquisa bibliográfica, análise documental e entrevista. A intenção com isso foi aproveitar as informações existentes e não sistematizadas, bem como perceber o potencial e os limites para os esforços de avaliação na própria dinâmica do trabalho *voluntário*. Seguindo perspectivas reiteradas no campo da avaliação, a estratégia metodológica buscou articular dimensões no campo empírico e qualitativas de análise, após a entrevista em face das questões suscitadas, e juntamente com os diálogos informais de alguns idosos utentes do Centro de Dia, tentamos perceber as reais necessidades e satisfações desta população.

---

<sup>1</sup> “Cliente” é o termo e linguagem técnica utilizada sob normas internas e institucionais dos Centros de Dia para a designação de utente institucionalizado.

## SUMÁRIO

Assim, uma vez que no âmbito do Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais, especialização em Globalização e Ambiente, da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, foi solicitada a elaboração de uma tese e reportando-nos à formação de base da autora, licenciatura em Serviço Social, considerámos importante escolher um tema que se enquadrasse nesse âmbito e similarmente no do referido Mestrado.

Estão a dar-se grandes transformações estruturais na sociedade portuguesa, mudanças demográficas, económicas, sociais e culturais, de que o envelhecimento é um efeito e ao mesmo tempo um factor condicionante. Num contexto de mudanças demográficas, associam-se as mudanças sociais e familiares das últimas décadas. Contudo o posicionamento, face à “velhice”, está a “rejuvenescer”, ou seja, a percepção da pessoa sobre si como “idosa” é progressivamente mais tardia e, simultaneamente, a vivência da velhice aparece como mais satisfatória do que as expectativas expressas pelas gerações anteriores. A melhoria das condições de vida associada à melhor qualidade de vida contribui para o aumento da longevidade o que, grosso modo, é vivido com uma esperança de vida longa e com bem-estar.

Fala-se no *problema* do envelhecimento como fenómeno que preocupa cientistas e governantes e que se faz acompanhar de um espectro de dificuldades relacionadas com o encargo dos idosos sobre as gerações futuras. Os vários custos que o seu grande número representa, a falência dos sistemas de reforma e, de forma mais pessimista, o conservadorismo e a falta de vitalidade e dinamismo que o envelhecimento acarretará para as sociedades. Estas transformações despertaram novos olhares, novas definições de planos e programas específicos para o enquadramento da “Envelhecimento Português – Desafios Contemporâneos”.

Dada a tendência do crescimento da população idosa, Portugal enfrenta actualmente uma realidade que começa a ganhar um impacto social relevante: baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com o aumento significativo dos idosos no conjunto da população do país (Pau Fonseca, 2005). Neste contexto da situação, importa promover um envelhecimento activo aliado ao conceito de bem-estar e de qualidade de vida (Sousa et al., 2003).

O envelhecimento tem um grande impacto na vida dos indivíduos, não só pelas transformações características desta fase que perturbam o bem-estar e a Qualidade de Vida<sup>2</sup> (QDV) mas também pelas alterações que ocorrem nas estruturas físicas e nas relações sociais (Parente et al., 2006). Envelhecer com autonomia e independência, ter um papel social activo, boa saúde física e psicológica, contribui para a promoção de uma boa QDV Paschoal, (2000), citado por (Paschoal, 2002). A QDV é hoje em dia um tema de extrema importância, uma vez que viver não se restringe apenas a uma forma de subsistência, mas sim uma forma de promoção de saúde em vez da doença (Squire, 2005). Assim, a promoção da QDV nas pessoas idosas implica a adopção de estilos de vidas adaptados às alterações biológicas e psicológicas do envelhecimento (Squire, 2005).

Referimos, a este propósito que a QDV em especial das pessoas mais velhas, percebe-se que ele respeita ao bem-estar físico, psíquico e social, mas também material, ambiental, de actividade e realização pessoal, quer na dimensão subjectiva, quer objectiva. As condições ambientais – habitação, privacidade, segurança, acessibilidades – têm, do mesmo modo, um papel determinante na percepção do bem-estar, não podendo deixar de abordarmos a importância dos determinantes sociais de que viver só, a inexistência de relacionamentos sociais e afectivos com família, amigos ou vizinhos e o não envolvimento em actividades comunitárias (voluntariado, lazer) podem constituir risco acrescido de mal-estar e sofrimento.

O presente estudo irá centrar-se, como o seu título indica: “ *Envelhecimento Português – Desafios Contemporâneos*”, com análise da realidade portuguesa, nomeadamente centrada em Lisboa, tendo como estudo de caso as políticas e programas sociais desenvolvidas no Centro de Dia de Nossa Senhora do Socorro. O trabalho estrutura-se em três capítulos, tentando encontrar uma sequência lógica ao próprio estudo, convergente com os objectivos específicos da tese. Nos capítulos I e II são firmadas as bases teóricas que balizam o objecto central de estudo, na tentativa de analisar algumas políticas públicas actuais que procurem dar respostas e irem ao encontro das novas necessidades e tendências do público-alvo em estudo.

---

<sup>2</sup> No decorrer deste estudo optou-se pela utilização da abreviatura QDV;

**No primeiro capítulo** é feita uma abordagem ao conceito geral de envelhecimento, referindo breves teorias sobre o envelhecimento sob a visão de alguns autores, apresentação sucinta da população idosa em território português, através do índice de envelhecimento, esperança de vida à nascença e esperança média de vida dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística. Descrição breve do conceito de “quarta idade”, noção de limite de idade; abordagem ao envelhecimento saudável e activo, o envelhecer nas sociedades contemporâneas, breve abordagem às tendências e perspectivas demográficas na União Europeia e Portugal Continental, o impacto na protecção social e finanças públicas e as pressões significativas no que toca às políticas sociais. Nesta secção descreve-se, ainda que de forma sucinta o comportamento do idoso na sociedade contemporânea, os novos papéis sociais e adaptações de condições de vida. Encerramos este capítulo com uma breve reflexão.

**No segundo capítulo** é feita a abordagem de algumas políticas públicas e direitos do idoso, a bibliografia e outros manuais de apoio utilizados nesta secção foram em grande parte Diários da República e a Constituição Portuguesa, visto tratarem-se de políticas públicas em território nacional português. Breve enquadramento histórico das políticas sociais para a terceira idade, abordamos ainda a fundação de sistemas e subsistemas sociais tendo como enquadramento legal a estrutura e regime da Segurança Social Portuguesa, referimos ainda o quão importante a sociedade civil é estar envolvida na construção de Políticas e Direitos sob a forma de actores, personagens e instituições e, ainda como instrumento enquanto membro da União Europeia. Faremos referência ao Plano Nacional de Saúde de (2004/2010) dirigido aos seniores, falaremos da Carta Social como instrumento na área de intervenção social e a própria dinâmica da rede e seus serviços. Na continuidade do estudo abordam-se novas perspectivas de actuação de evoluções e necessidades a uma população envelhecida com necessidades de formação profissionalizada e de qualidade, enquadradas à realidade da população. Por fim abordam-se algumas medidas sectoriais como programas de protecção social e instrumentos de intervenção relacionadas com o estudo proposto. Em síntese e resumo a este capítulo, faremos uma reflexão, com espírito crítico e de cidadania. às políticas públicas sociais e à forma como se têm adaptado às novas realidades do envelhecimento.



**No terceiro capítulo**, na sequência do enquadramento teórico e justificação inicial do trabalho, apresenta-se e analisa-se o Estudo de Caso, fazendo enquadramento historial e caracterização ao espaço físico do Centro de Dia Nossa Senhora do Socorro em Lisboa. Como instrumento e apoio ao estudo elaborou-se um guião de onze perguntas a respostas abertas. De igual modo, será feita uma breve caracterização do envelhecimento da população da cidade de Lisboa com sucintas referências à evolução das estruturas etárias do concelho em questão - desde 1960 até aos censos populacionais de 2001, referimos o volume da população residente da Freguesia do Socorro, por grupos etários quinquenais. Encerramos este capítulo com uma síntese as políticas sociais aplicadas aos utentes do Centro de Dia em estudo.

Entrando na recta final, o estudo culmina com a apresentação de propostas e conclusão, enunciando algumas reflexões suscitadas no processo da observação e análise do estudo e, a partir delas, sugerir caminhos que potencializem avanços a um envelhecimento activo e de qualidade, abordando as tendências às novas necessidades, nas actuais gerações de população idosa. Espera-se que o conjunto de dados e reflexões aqui trazido possam contribuir para maior visibilidade das práticas estabelecidas institucionalizadas, e de seu valor para a população em estudo, ao mesmo tempo ponderando sobre limites e desafios das práticas de promoção duma melhor longevidade com qualidade de vida e saúde.

# CAPÍTULO – I

## 1. CONCEITO GERAL DE ENVELHECIMENTO

### 1.1. – Introdução

*“Há uma idade na vida em que os  
anos passam demasiado depressa  
e os dias são uma eternidade”*

Virginia Wolf

A tendência para o crescimento da população idosa é um dos problemas sociais com que a sociedade portuguesa se confronta actualmente. O fenómeno do envelhecimento, pois, deve ser encarado sob duas perspectivas, envelhecimento enquanto fenómeno demográfico envelhecimento do indivíduo o decréscimo da taxa de mortalidade e o aumento da esperança de vida, e o declínio das taxas de natalidade e suas implicações nas relações sociais.

O fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica definida como a passagem de um modelo demográfico de natalidade e mortalidade elevados para um outro em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, causando um estreitamento da base da pirâmide de idades. com redução de efectivos populacionais jovens, e o alargamento do topo com acréscimos de efectivos populacionais idosos. Do ponto de vista individual, o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida, dizem os dicionários de língua portuguesa e das ciências humanas<sup>3</sup> que a palavra *velho*<sup>4</sup>, *velhice*<sup>5</sup> deriva do latim, substantivo masculino, significa o homem que tem já muita idade e está

---

<sup>3</sup> “*Dicionário das Ciências Humanas*”, Editores CLIMEPSI, sob a direcção e coordenação de Jean-François Dortier, 1ª Edição, Lisboa, Maio de 2006;

<sup>4</sup> “senium: velhice avançada, o peso da idade, senilidade, declínio, decrepitude, debilidade, *vergentibus annis in senium* – Tito Lívio – (*Titus Livius, séc. I a C. – I d C., prosador, história*) os anos avançando para o seu declínio, minguate (Lua), gravidade (carácter), dor, mágoa, pesar, desgosto, tristeza;

no último quartel da vida. As etapas finais da vida caracterizam-se pela degenerescência progressiva das funções vitais, o aparecimento de doenças crónicas e a presença de menos-valias, a vida altera-se bruscamente com a vinda da reforma, ausência de actividades e horários obrigatórios.

## 1. 2.- Breves Teorias sobre o Envelhecimento

Walsh (1989, citado por Sousa & Figueiredo, 2003) define a forma como a aproximação da velhice é sentido: *“a velhice é temida quase tanto como se teme não viver suficiente para a atingir”*. Para este sentir contribui substancialmente a forma como a sociedade ocidental estereotipa e, conseqüente, desqualifica os idosos (antiquados, rígidos, senis, aborrecidos e inúteis). Conforme refere Nazareth (1997), o envelhecimento não se trata de uma doença nova, mas sim do confronto com uma realidade que é o aumento contínuo das pessoas idosas quer em termos absolutos quer relativos. Segundo Nazareth (1998:135) *“não se trata de uma nova praga*

---

<sup>5</sup> Segundo Jean-François Dortier (*“Dicionário das Ciências Humanas”*, Editores CLIMEPSI, 1ª Edic., Lisboa, Maio de 2006) para compreender o sentido duma palavra, de uma teoria e para revelar todos os seus aspectos ocultos, revelar o verdadeiro sentido das palavras, não consiste em encerrá-las nas definições impessoais e desincarnadas, consiste também em indicar as significações múltiplas, as ambigüidades e até mesmo as zonas de sombra que todo o conceito contém. O envelhecimento da população é um dado geral em todos os países desenvolvidos. Na União Europeia, em 2001 a esperança de vida (à nascença) é de 74,9 anos para os homens e de 81,2 anos para as mulheres (Données Sociales 2002). De acordo com as projecções demográficas em 2030 um quarto da população dos países da OCDE terá mais de 65 anos. Ao mesmo tempo que a população envelhece, o estatuto e as actividades das pessoas idosas mudam consideravelmente. A idade da “reforma” fazia jus ao seu nome. A cessação da actividade levava ao declínio das relações sociais, ao refúgio no lar e ao círculo familiar restrito. Doravante, a terceira idade é composta por “seniores” bastante activos. Viajam, estudam, praticam desporto, animam as associações, (ajuda voluntária nos hospitais, nos trabalhos escolares dos netos, na família, nos trabalhos de casa, na fábrica, na lavoura, no escritório, na escola, etc,...). O Viagra e outros remédios para lutar contra os efeitos da menopausa proporcionam um tratamento de juventude às populações idosas. Em seguida, a quarta idade (depois dos 80 anos) marca uma nova fase. Põem-se, então, problemas de tomada de responsabilidade pelas instituições (lar, domicílio). Fala-se mesmo de «quinta idade» para designar os centenários cujo número vai crescendo. O aumento exponencial de pessoas com muita idade suscitou muitas pesquisas sobre a psicologia de envelhecimento. Mostram que o envelhecimento provoca uma redução da atenção, uma diminuição a partir dos 60-70 anos, da memória de longo prazo. Se os desempenhos do raciocínio e da resolução de problemas diminuem igualmente com idade, deve-se sobretudo à diminuição das capacidades de atenção, visto que, tomadas isoladamente, as aptidões de raciocínio são tão boas nas pessoas idosas como nas jovens. No que respeita à diminuição das capacidades cognitivas das pessoas idosas, importa distinguir o que depende do abrandamento da actividade (sem alterar as capacidades) da redução dos recursos e das mudanças de estratégias cognitivas. Pode ser-se mais lento sem ser-se necessariamente limitado nas suas aptidões. Pode também recorrer-se à experiência pessoal para resolver melhor certos problemas. As síndromes de demência senil e os graves atentados à memória são fenómenos patológicos associados ao envelhecimento cerebral, como no caso da doença de Alzheimer. Em que medida pode a manutenção de actividades intelectuais (o facto de exercitar a sua memória, o seu raciocínio) retardar o envelhecimento cognitivo.

*ou doença (...), mas sim de uma simples constatação quantitativa: o número de velhos estará a aumentar preocupantemente*". O envelhecimento é um processo que acompanha toda a vida humana, de deterioração endógena e irreversível da estrutura e funcionalidade de vários órgãos e tecidos. É, igualmente, reconhecida a contribuição de factores extrínsecos para o envelhecimento e para o modo como se envelhece. Trata-se de um fenómeno inevitável, inerente à própria vida, equivalente à fase final de um programa de desenvolvimento e diferenciação (Martins, 1999).

Traduz-se no declínio de capacidade e funções, conduzindo à diminuição da aptidão de adaptação a factores de stress internos e externos. A velhice constitui a última etapa da vida, sendo, por isso, um momento em que o declínio se torna mais visível e acentuado, agravando-se a vulnerabilidade ao aparecimento de doenças Rowe (1985, citado por Sousa & Figueiredo 2003).

Hoje em dia torna-se difícil designar onde começa e acaba a terceira idade, uma vez que se antigamente o que se tinha em conta era a idade de reforma 65 anos, actualmente isso não acontece porque as pessoas reformam-se cada vez mais cedo por motivos que não se prendem com a idade, mas sim pelo desemprego, situações incapacitantes e reformas antecipadas, o que torna difícil saber quem é ou não é uma pessoa idosa (Duarte et al., 2005).

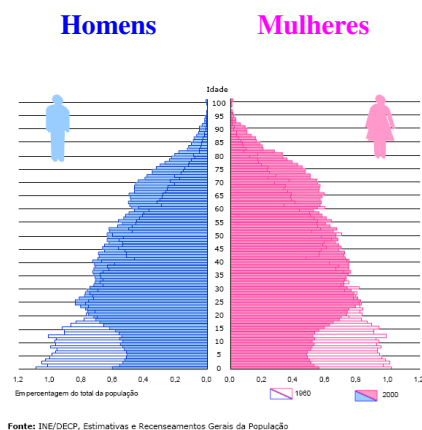
Segundo os autores Freire (2000) e Fernandes (1999), o envelhecimento bem-sucedido caracteriza-se como sendo uma competência adaptativa generalizada para responder com flexibilidade aos desafios. Esta capacidade envolve várias dimensões: emocional (capacidade para lidar com acontecimentos de vida stressantes, por exemplo, saúde e funcionamento físico, problemas pessoais), cognitiva (capacidade para resolver problemas), comportamental (capacidade de resolução de problemas). Em suma, vêem o sujeito como pró-activo, regulando a sua QDV através da definição de objectivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação das novas mudanças e activamente envolvidos na manutenção do bem-estar (Seabra, 1995).

### 1.3. - Envelhecimento da População (Portugal Continental)

Falar de envelhecimento implica falar no envelhecimento populacional, é uma realidade contemporânea que surge como factor relevante na nossa sociedade, traduzindo-se pelo aumento da importância dos idosos. Não se trata só do aumento do número de indivíduos com idades avançadas, mas também a ocorrência deste fenómeno numa sociedade que segundo Brito (1993) citado por Faria & Marinho (2003), a velhice é perspectivada como algo sem interesse social, pois tem pouco para dar e muito para receber. Desde há alguns anos que o chamado “envelhecimento populacional” tem vindo a assumir particular importância. A tomada de consciência desta situação motivou a sociedade para implementação de acções, sustentadas em políticas e programas sociais na área da saúde e da acção social, de modo a proporcionar uma vivência positiva e interactiva da terceira idade (Vieira, 2003). Em Portugal Continental e, de acordo com os dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística, as alterações na estrutura demográfica estão bem explícitas, nas pirâmides etárias de 1960 e de 2001 e a de 2002 e de 2007:

**Figura 1 - Pirâmide Etária, Portugal**

**Continental 1960 – 2001**



**Figura 2 - Pirâmide Etária Portugal Continental**

**2002 e 2007**

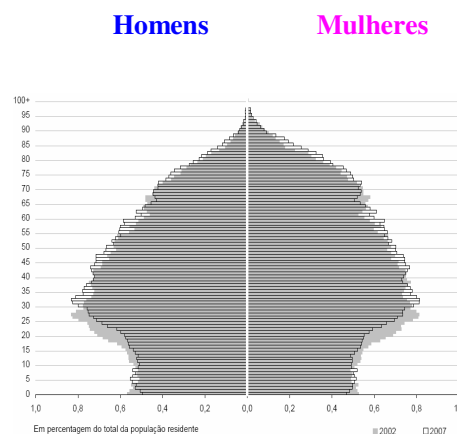


Figura 1: – Fonte: - INE/ DECP, Recenseamentos Gerais da população (2001);

Figura 2: - Fonte - INE (2008), “*Estratégia Nacional para a Protecção Social e Inclusão Social, Portugal 2008/2010*”.

Conforme as projecções das Nações Unidas – UN, a proporção de jovens dos 0 aos 14 anos de idade passou de cerca de 37% para 30%, entre 1960 e 2000, contudo continuará a diminuir para atingir os 21% do total da população em 2050. Inversamente, a proporção da população mundial com 65 e mais anos regista uma tendência crescente aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população entre 1960 e 2000, atingindo 15,6% em 2050, segundo as mesmas projecções.

O Departamento de Estatística da União Europeia (Eurostat) traça um cenário em que a percentagem de idosos portugueses praticamente duplicará entre 2004 e 2050, em que chegarão aos 31,9% (será o quarto país da UE com maior percentagem de idosos). Ou seja, aproximadamente em 15 anos, um em cada cinco portugueses terá 65 ou mais anos e, em meados do século XXI essa relação será praticamente de um para cada três portugueses. Tudo indica que a população idosa atinja cerca de 2.027.000 de indivíduos em 2020 representando então 19,2% do total nacional (Rebelo e Penalva, 2004).

A esperança de vida à nascença, para Homens e Mulheres tem vindo a crescer, situando-se nos 78,48 anos de vida<sup>6</sup> para ambos os sexos. As mulheres continuam a registar a maior esperança média de vida à nascença com 81,57 anos e, os homens com 75,18 anos. Esta evolução não pode ser dissociada da melhoria dos cuidados de saúde prestados, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde materno-infantis, bem como com o Plano Nacional de Vacinação e o acompanhamento prestado pelos Cuidados de Saúde Primários. Igualmente, a melhoria generalizada do nível de vida da população, tem permitido o acesso a mais e melhor alimentação, também a intervenção do Estado na área da acção social, tem possibilitado melhores condições de vida aos indivíduos que estão excluídos da vida activa. A relação existente entre o número de idosos (população com 65 e mais anos) e o de jovens (população com menos de 15 anos), por cada 100 indivíduos, que se traduz no índice de envelhecimento<sup>7</sup>, tem igualmente registado um crescimento, que reflecte a estrutura demográfica da população portuguesa, onde o número de

---

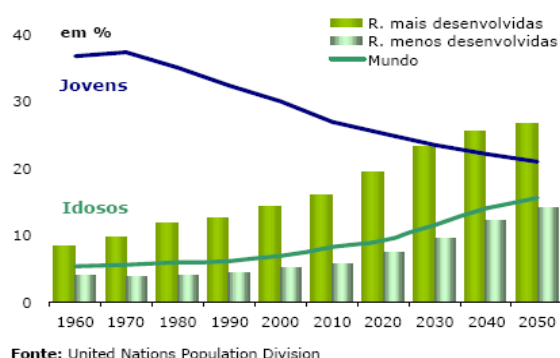
<sup>6</sup> Período de referência dos dados de 2005 – 2007, Esperança de vida à nascença, INE, Indicadores Demográficos.

<sup>7</sup> IE - Índice de Envelhecimento - Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas dos 0 aos 14

indivíduos do primeiro escalão e cada vez menor, face aos do último. Trata-se, efectivamente, de um comportamento demográfico patente nas sociedades ocidentais, onde associado ao aumento da esperança média de vida está um decréscimo acentuado das taxas de natalidade.

Sabemos que o envelhecimento demográfico não evolui de forma uniforme em todas as regiões do mundo. Segundo o seu grau de desenvolvimento<sup>8</sup>, confirma-se que os países mais desenvolvidos iniciaram primeiro o seu fenómeno de transição demográfica com a população jovem a evoluir segundo taxas negativas desde 1970, enquanto que os países menos desenvolvidos apresentam taxas de crescimento positivas – embora relativamente baixas – aproximando-se do valor nulo a partir de 2030. No que se refere à população com 65 e mais anos, constata-se que nas regiões mais desenvolvidas o ritmo de crescimento é bastante forte, com alguma tendência em atenuar-se sendo 2,1% em 1960/70, 1,5% em 1990/2000 e, previsivelmente, cerca de 0.3% em 2040/50<sup>9</sup>.

**Figura 3 – Evolução da Proporção de jovens e idosos, Mundo, 1960-2050**



Fonte: United Nations Population Division<sup>10</sup>

anos),  $IE = [ (P(65,+) / P(0,14)) * 100] - 100$ ; P(65,+) - População com 65 ou mais anos; P(0,14) - População com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos.

<sup>8</sup> Segundo a classificação das Nações Unidas, as regiões mais desenvolvidas compreendem Europa, América do Norte, Austrália / Nova Zelândia e Japão, as menos desenvolvidas compreendem todas as regiões de África, Ásia (excepto Japão), América Latina e Caraíbas, mais Melanésia, Micronésia e Polinésia.

<sup>9</sup> UNITED NATIONS, (2001) “World Population Prospects, the 2000 Revision”, Vol. II: (The sex and age distribution of the world population), Depart of Economic and Social - Affairs – Population Division, New York.

<sup>10</sup> Idem, *Ibidem*

### 1.3.1. – População Idosa

Entre 1960 e 2001<sup>11</sup>, o fenómeno de envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. Em Portugal, a proporção da população idosa que representava 8% do total da população em 1960 duplicou, passando para 16,4% em Março de 2001, segundo o último recenseamento.

**Quadro 1-** População jovem e idosa em 1960 e em 2001

<b>Idade</b>	<b>Ano - 1960</b>	<b>%</b>	<b>Ano - 2001</b>	<b>%</b>
0 - 14	2.591.955	78,53%	1.659.561	49,37%
65 e +	708.569	21,47%	1.702.120	50,63%
Total	3.300.524	100%	3.361.681	100%

FONTE: Elaboração própria com base no *Recenseamento Geral da População* de 2001 - INE

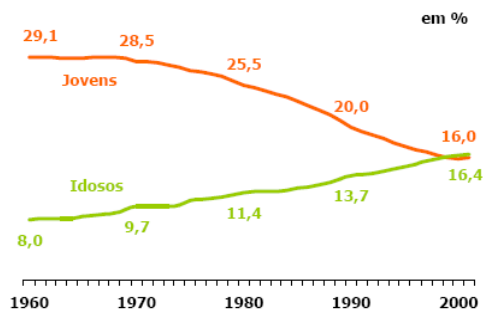
É importante referir que dentro da própria população portuguesa idosa, o ritmo de crescimento não é homogéneo. Entre 1970 e 2000, a população com 85 e mais anos de vida registou uma taxa de crescimento de 3,5%, enquanto que o grupo dos 75 e mais anos registou uma taxa de 2,7%, o que revela um ritmo de crescimento mais elevado da população mais idosa. A proporção de pessoas com 75 e mais anos aumentou de 2,7% para 6,7% do total da população entre 1960 e 2000, e a população com 85 e mais anos aumentou de 0,4% para 1,5% no mesmo período.

---

<sup>11</sup> ROSA, Maria João Valente “*Portugal e a União Europeia do ponto de vista demográfico a partir de 1960*”, in “*A Situação Social de Portugal 1960-1999*”, Vol II, Instituto de Ciências Sociais, Lisboa, Outº de 2000;



**Figura 4** – Evolução da Proporção da população jovem e idosa, em Portugal 1960 a 2000



Fonte: INE / DECP, Recenseamentos Gerais da População.

Numa tentativa de estabelecer comparações aos valores absolutos da população idosa de Portugal Continental, conforme as respectivas divisões das regiões que compõem as NUTS II<sup>12</sup> foram recolhidas informação junto do Instituto Nacional de Estatística. Estima-se que em 1960 a população idosa era menos de um milhão, tendo aumentado, para mais de um milhão de indivíduos, no espaço de quatro décadas, tal como indica os resultados dos censos do ano 2001, conforme nos mostra Quadro 2 sendo que 715. 073 são homens e 987.047 são mulheres (total de 1.702.120).

---

<sup>12</sup> NUTS II - Nomenclaturas de Unidades Territoriais, (Para Fins Estatísticos) (Decreto-Lei n° 244/2002, de 5 de Novembro), seccionadas: Portugal, Continente, Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Região Autónoma da Madeira e Região Autónoma dos Açores.

**Quadro 2– Portugal dos Censos 2001 – (NUTS II)**

População Residente		H / M 0-14 anos	H / M 15-24 anos	H / M 25-65 anos	H / M 65 e +
Portugal	10.355.824	1.659.561 16,02%	1.476.67 14,26%	5.517.473 53,27%	1.702.120 16,45%
Continente	9.869.050	1.560.715 15,81%	1.396.896 14,15%	5.274.643 53,45%	1.636.796 16,59%
Norte	3.687.212	645.965 17,52%	557.219 15,11%	1.966.178 53,32%	517.940 14,05%
Centro	1.782.254	266.915 14,98%	245.904 13,80%	919.305 51,58%	350.130 19,65%
Lisboa e Vale do Tejo	3.468.869	517.352 14,91%	473.137 13,64	1.909.635 55,05%	568.745 13,40
Alentejo	535.507	72.654 13,57%	68.875 12,86%	267.850 50,02%	126.128 23,55%
Algarve	395.208	57.829 14,63%	51.851 13,12%	211.675 53,56%	73.853 18,69%
Açores	241.762	51.852 21,45%	40.992 16,96%	117.366 48,55%	31.552 13,05%
Madeira	245.012	46.994 19,18%	38.782 15,82%	125.464 51,21%	33.772 13,78%

Fonte: Quadro de elaboração própria. Informação retirada do site INE, ([www.ine.pt](http://www.ine.pt)) Censos de 2001

O número de idosos em Portugal ultrapassa já o número de jovens, significa que há cerca de 42.559 mil idosos a mais do que jovens, proporcionalmente, para cada cem jovens, há cerca de 103 idosos segundo fonte do INE.

Como se pode observar no Quadro 3, em 31 de Dezembro de 2008, a população residente em Portugal foi estimada em 10.627.250 indivíduos, dos quais 5.142.566 homens e 5.484.684 mulheres. O acréscimo populacional, relativamente ao ano de 2007, foi de 9.675 indivíduos, reflectindo-se numa taxa de crescimento efectivo de 0,09% (0,17% em 2007), o que significa um novo abrandamento no crescimento da população. Os anos noventa e os primeiros anos do século XXI são marcados por um acréscimo contínuo da população, particularmente de indivíduos em idade activa, resultante do fluxo de imigrantes que se verificou naqueles anos, e um aumento da proporção da população idosa (65 e mais anos), o que evidencia um aumento da esperança de vida. Contudo, desde 2003 verifica-se um abrandamento no ritmo de crescimento da população.

**Quadro 3- População Residente** / estimativas anuais (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual

Sexo	Grupo etário (Por ciclos de vida)	População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual										
		Período de referência dos dados										
		2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998
		Local de residência										
		Portugal N.º	Portugal N.º	Portugal N.º	Portugal N.º	Portugal N.º	Portugal N.º	Portugal N.º	Portugal N.º	Portugal N.º	Portugal N.º	Portugal N.º
H / M	Total	10627250	10617575	10599095	10569592	10529255	10474685	10407465	10329340	10256658	10195014	10148883
	0 - 14 anos	1622991	1628852	1637637	1644231	1647437	1648996	1645753	1640160	1640675	1654678	1673072
	15 - 24 anos	1207060	1236004	1265531	1293031	1327586	1360606	1390999	1427318	1465315	1502494	1532575
	25 - 64 anos	5922990	5902888	5867310	5822230	5763693	5703687	5635171	5553291	5473381	5402965	5338607
	65 e +	1874209	1849831	1828617	1810100	1790539	1761396	1735542	1708571	1677287	1634877	1604629
H	Total	5142566	5138807	5129937	5115742	5094339	5066308	5030247	4988937	4950696	4918242	4894228
	0 - 14 anos	832488	835491	839999	843637	844647	845208	842950	839589	839176	847178	857227
	15 - 24 anos	615532	630723	645506	658853	675888	692517	707398	725098	744054	762672	777297
	25 - 64 anos	2912025	2900188	2880680	2856279	2824880	2791990	2754493	2709886	2666249	2626655	2591423
	65 e +	782521	772405	763752	756973	748924	736593	725406	714364	701217	681737	668281
M	Total	5484684	5478768	5469158	5453850	5434916	5408377	5377218	5340403	5305962	5276772	5254655
	0 - 14 anos	790503	793361	797638	800594	802790	803788	802803	800571	801499	807500	815845
	15 - 24 anos	591528	605281	620025	634178	651698	668089	683601	702220	721261	739822	755278
	25 - 64 anos	3010965	3002700	2986630	2965951	2938813	2911697	2880678	2843405	2807132	2776310	2747184
	65 e +	1091688	1077426	1064865	1053127	1041615	1024803	1010136	994207	976070	953140	936348

Fonte: <http://www.ine.pt> - *Quadro extraído em 11 de Janeiro de 2010 (20:11:19)* (Última actualização destes dados: 02 de Outubro de 2009)

**Quadro 4: Estimativas de População Residente**, NUTS`III, Grande Lisboa, Município de Lisboa, referencia por sexo, grupos etários e índices, em 31/12/2008

Ano 2008										Unidade N.º
NUT's III <sup>13</sup> e Municípios	GÉNERO	Grupos Etários	anos	anos	anos	anos	Índices de Dependência	I. D.	I.D.	Índice de Envelhet <sup>o</sup>
		TOTAL	0-14	15-24	25-64	65 +	Total <sup>14</sup>	Jovens <sup>15</sup>	Idosos <sup>16</sup>	
Grande Lisboa	HM	2 029 458	323 247	204 826	1 143 394	357 991	50,5	24,0	26,6	110,8
	H	969 701	165 434	103 577	554 515	146 175	47,4	25,1	22,2	88,4
	M	1 059 757	157 813	101 249	588 879	211 816	53,6	22,9	30,7	134,2
Lisboa	HM	489 562	68 841	42 707	259 438	118 576	62,0	22,8	39,2	172,3
	H	222 424	34 726	21 547	123 030	43 121	53,8	24,0	29,8	124,2
	M	267 138	34 115	21 160	136 408	75 455	69,5	21,7	47,9	221,2

Fonte: Rev. nº 45, Estudos Demográficos – INE - Elaboração própria.

<sup>13</sup> NUT's III –A região da grande Lisboa inclui concelhos: Amadora, Cascais, Loures, Lisboa, Mafra, Odivelas, Oeiras, Sintra e Vila Franca de Xira; O município de Lisboa é constituído no presente trabalho por 53 freguesias;

<sup>14</sup> IDT - Índice de Dependência Total - Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos conjuntamente com as pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (102) pessoas com 15-64 anos,  $IDT = [P(0,14) + P(65,+)] / P(15,64) * 100$  n; P (0,14) - População com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos; P (65,+) - População com 65 ou mais anos; P (15,64) - População com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos.

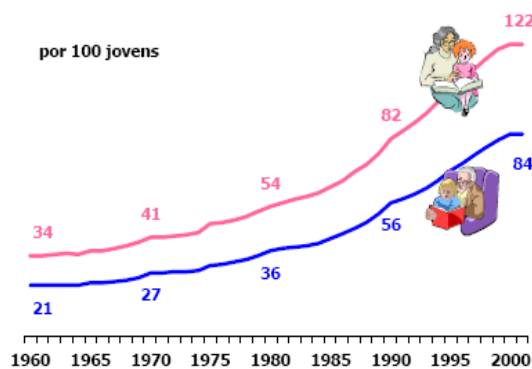
<sup>15</sup> IDJ - Índice de Dependência de Jovens - Relação entre a população jovem e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (102) pessoas com 15-64 anos),  $IDJ = [P(0,14) / P(15,64)] * 100$  n; P (0,14) - População com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos; P (15,64) - População com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos.

<sup>16</sup> Índice de Dependência de Idosos – Relação entre a população idosa e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (102) pessoas com 15-64 anos),  $IDI = [P(65,+) / P(15,64)] * 100$  n; P (65,+) - População com 65 ou mais anos; P (15,64) - População com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos.

### 1.3.2. – Índice de Envelhecimento

Segundo o género, revela que no sexo feminino a proporção de idosas ultrapassou a de jovens do mesmo sexo em meados da década de 90, enquanto que no sexo masculino a proporção de jovens ainda se mantém actualmente superior à dos idosos. A superioridade numérica das mulheres devido à maior esperança de vida aumenta naturalmente com o passar dos anos. O índice de envelhecimento<sup>17</sup> - IE ultrapassou pela primeira vez os 100 indivíduos em 1999. Este indicador registou um aumento contínuo nos últimos 40 anos, aumentando de 27 indivíduos idosos por cada 100 jovens, em 1960, para 103, em 2001, à data dos Censos. As diferenças entre os sexos são bem evidentes sendo o envelhecimento mais notório nas mulheres, em consequência do fenómeno da sobrevivência masculina. Assim, o índice de envelhecimento segundo o sexo traduziu-se em 2001, em 122 por as mulheres e 84 por os homens.

**Figura 5– Índice de Envelhecimento segundo o sexo, Portugal 1960 a 2001**



Fonte: INE/DECP, Recenseamentos Gerais da População

<sup>17</sup> IE - Índice de Envelhecimento - Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas dos 0 aos 14 anos),  $IE = [ (P(65,+) / P(0,14)) ] * 100$ ; P (65,+) - População com 65 ou mais anos; P (0,14) - População com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos;

**Quadro 5 - Índice de Envelhecimento em Portugal entre 1998 a 2008,**

Segundo as regiões de Portugal Continental, Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma. da Madeira

Local de residência	Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência; Anual										
	Período de referência dos dados										
	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998
	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
Portugal	115,50	113,60	111,70	110,10	108,70	106,80	105,50	104,20	102,20	98,80	95,90
Norte	99,30	96,40	93,30	90,90	88,60	86,10	84,20	82,20	79,90	76,60	74
Centro	147,20	144,80	142,30	140,10	138,20	135,80	133,70	132,30	129,90	126,50	123,10
Lisboa	108,10	107	106,30	105,90	105,60	104,60	104,20	104,10	103,30	100	97,80
Alentejo	172,90	172,70	171,60	170,80	170,40	169,10	167,90	166,60	163,20	159,20	153,60
Algarve	123,50	124,10	125,20	126,20	127,40	127,40	128,20	128,40	127,30	123,80	120,80
R. A. dos Açores	66,20	65,10	64,40	63,30	62,40	61,90	62	61,50	60,50	58,70	57
R. A. da Madeira	73,60	73,20	72,90	72,40	72	71,40	71,70	71,20	68,90	66,40	64

Fonte <http://www.ine.pt> - *Quadro extraído em 12 de Janeiro de 2010 (11:53:29) Estimativas Anuais da População Residente*

(Última actualização destes dados: 15 de Setembro de 2009)

No contexto da União Europeia, Portugal estando em oitavo lugar, acompanha a tendência dos países do Sul, tais como a Itália, Espanha e Grécia, que tal como a Alemanha, registam proporções inferiores de população com menos de 15 anos de idade, quer em homens, quer em mulheres, como resultado da baixa fecundidade. Suécia, Bélgica e Espanha apresentam proporções superiores à média da UE de mulheres com mais de 65 anos. Portugal situa-se abaixo dos valores médios europeus, encontrando-se contudo numa posição superior à dos países menos envelhecidos como a Irlanda e o Luxemburgo.

Contudo a Europa continuará a ser a região mais envelhecida do mundo no século XXI, a probabilidade de morte em idades muito avançadas fomenta um previsível aumento da esperança de vida, acompanhado por melhorias no estado de saúde desse grupo etário. Em Portugal, em 1960, a esperança média de vida à nascença era de 61 anos para os homens e de 66,8 para as mulheres. Em 1991, essa expectativa aumentou para os 70,4 nos homens e 77,6 nas mulheres. Nos tempos actuais a esperança de vida situa-se nos 71 anos para os homens e nos 78 para as mulheres. A par desta situação europeia é a realidade

vivida no Japão, este país possui as maiores esperanças médias de vida à nascença do mundo, 82 anos de vida no total, 86 para as mulheres, 79 para os homens.<sup>18</sup>

### 1.3.3. – Esperança de Vida

#### Quadro 6: Esperança de Vida à Nascença por: Ano, por sexo, Anual – Indicadores Demográficos

Período de referência dos dados: de 2007-2009 a 2001-2003

Período de referência dos dados		Sexo	Esperança média de vida (Metodologia 2007 - Anos) por Sexo e Idade; Anual
			Ano
2007 - 2009	PT	H	75,80
		M	81,80
2006 - 2008	PT	H	75,49
		M	81,74
2005 - 2007	PT	H	75,18
		M	81,57
2004 - 2006	PT	H	74,84
		M	81,30
2003 - 2005	PT	H	74,38
		M	80,81
2002 - 2004	PT	H	74,10
		M	80,53
2001 - 2003	PT	H	73,55
		M	80,19

Fonte: <http://www.ine.pt> - Quadro extraído em 24 de Setembro de 2010 (12:06:18)

(Última actualização destes dados: 28 de Maio de 2010)

*(I\*) As esperanças de vida a partir dos anos noventa estão calculadas com média de óbitos de dois anos para evitar os efeitos das oscilações anuais dos óbitos.*

---

<sup>18</sup> 2006 World Population DATA SHETT, op. cit.



Segundo um estudo realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge – INSRJ, juntamente com o Instituto Nacional de Estatística<sup>19</sup> em que se procurou avaliar a esperança de vida sem incapacidades físicas de longa duração, verificou-se que a esperança de vida sem incapacidades físicas é mais baixa para as mulheres que para os homens, ou seja, os homens vivem menos, porém com mais qualidade na saúde. De igual modo e de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística, os homens portugueses que atingem os 65 anos de vida vivem 15 anos e as mulheres mais 18 anos, fazem-no com melhor estado de saúde.

#### **Quadro 7 - Esperança de Vida aos 65 anos**

Período de Referência dos dados: ano de 2007/2009 a 2003/2005

Período de referência dos dados	Sexo	Esperança de vida aos 65 anos (Metodologia 2007 - Anos) por Sexo; Anual	
		Local de residência	
		Portugal	
		PT Ano	
2007 - 2009	HM	18,19	&
	H		x
	M		x
2006 - 2008	HM	18,13	
	H	16,25	
	M	19,61	
2005 - 2007	HM	17,99	
	H	16,07	
	M	19,48	
2004 - 2006	HM	17,89	
	H	15,97	
	M	19,37	
2003 - 2005	HM	17,58	
	H	15,68	
	M	19,05	

Fonte: <http://www.ine.pt> - *Quadro extraído em 12 de Janeiro de 2010 (17:38:14)*

(Última actualização destes dados: 30 de Novembro de 2009)

---

<sup>19</sup> - <http://catesoc.gep.mtss.gov.pt/>: Esperança de vida sem incapacidade física de longa duração: Portugal Continental, 1995-1996 - Instituto Nacional de Estatística; colaboração com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, INE, 2000;

A melhoria das condições de vida, higiénico-sanitárias e os progressos da medicina têm vindo a permitir o prolongamento da duração média de vida. Mas nem sempre a longevidade significa qualidade de vida, pois em muitos casos, os idosos perdem a sua autonomia e tornam-se dependentes da ajuda de terceiros. A expressão «terceira idade» torna-se, assim, cada vez mais inexacta para classificar um grupo tão extenso, tão diversificado e tão heterogéneo.

As questões demográficas na segunda metade do séc. XX vieram provocar profundas alterações na estrutura social, política e sanitária das populações. O modo de envelhecer varia consoante as épocas e as culturas e, conseqüentemente, consoante os modos de vida e os meios médicos, científicos e tecnológicos. Não existe uma definição universal de velhice, havendo que procurar na organização social e nos valores do grupo humano considerado o sentido do conceito social a cada momento construído. Nem sempre o envelhecimento foi visto da mesma forma, uma vez que depende de uma série de factores demográfico, político, médico, social e cultural, económicos, etc.

A vertente demográfica, surgiu no século passado, uma descida significativa da mortalidade infantil e um maior controlo das doenças infecciosas, (responsáveis pelas altas taxas de mortalidade dos séculos precedentes), que teve como principal consequência um aumento rápido e consistente da esperança média de vida.

A vertente política, surgiu no século XIX, os movimentos científicos, políticos, bem como os movimentos higienistas, que lutavam pelas alterações das condições de vida da população, tendo como principal objectivo a redução da taxa da mortalidade. Foi na segunda metade do século XX, e com a reconstrução da Europa após a segunda Guerra Mundial, que se lançaram, as bases do Estado-Providência e um compromisso, dos vários governos de promoverem o bem-estar da população, fazendo com que as questões de saúde, passassem a fazer parte das prioridades governamentais nas democracias liberais.

A vertente médica, os avanços da Medicina e o crescimento dos cuidados de saúde prestados à população, com a consequente redução das taxas de mortalidade, foram factores importantes que contribuíram para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, reduzindo algumas das sequelas associada à doença crónica ou agudizada. A melhoria dos cuidados de saúde e os avanços da medicina e da farmacologia, houve uma desvalorização de outros factores importantes, tais como as questões do ambiente, as questões sociais na explicação e prevenção das doenças, fazendo com que outras situações, igualmente importantes no contexto saúde/doença, como os problemas económicos, de trabalho, da habitação ou de escolaridade, enquanto áreas de intervenção social.

A vertente social e cultural, houve um grande incremento na melhoria das condições materiais de vida com o aumento dos salários, as melhorias da habitação, o aumento dos níveis de escolaridade da população e a democratização do acesso à cultura. Estas alterações tiveram consequências importantes a nível de prevenção da doença e da valorização da saúde, entendida, simultaneamente, como um bem-estar físico e um equilíbrio psicológico e social. O preço pago pela subida geral do nível de vida e do maior acesso aos bens de consumo, resultou numa postura e conduta individualistas, nomeadamente nas questões de saúde, dando ao próprio indivíduo a responsabilidade de ser o seu próprio protagonista no seu estado de saúde e/ou doença desvalorizando-se o papel do Estado, das instituições e da sociedade civil na protecção contra os riscos a que as pessoas estão sujeitas em determinadas circunstâncias, como por exemplo, em situações de desemprego ou emprego precário, baixos salários e baixa escolaridade.

Está-se a caminhar seguramente para uma sociedade diferente da conhecida até agora e onde os padrões institucionais de actuação terão que se adequar às mudanças indeléveis proporcionadas pela revolução silenciosa do sistema demográfico. Mas serão os indicadores adequados para avaliar a evolução das estruturas demográficas e o peso do envelhecimento das populações? Até que ponto o limiar instituído e consensual a partir do qual foi construída a categoria dos idosos, os 60 ou 65 anos, se adequa às características das sociedades modernas?

## 1.4. - Breve Conceito da Quarta Idade

### 1.4.1. - Limite de Idade

A questão que envolve o envelhecimento e as pessoas idosas exige novos conceitos e novos modelos, afastando todos os estigmas negativos que ao longo do tempo a sociedade trouxe para a noção de pessoa “*velha*” e do que é envelhecer no mundo contemporâneo. Neste contexto as ciências sociais humanas, no que concerne ao termo da gerontologia<sup>20</sup>, reconceptualizou a noção do que é pessoa velha, idosa e/ou geronte.

No entanto, os progressos que foram obtidos fizeram-se acompanhar por novos problemas nomeadamente o aparecimento de um número crescente de pessoas da terceira idade (65 e mais anos de idade), e quarta idade<sup>21</sup>; (80 e mais anos), fazendo aumentar exponencialmente o peso da população vulnerável às doenças crónicas, degenerativas e incapacitantes associadas à velhice.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS a terceira idade tem início entre os 60 e 65 anos. Esta idade é percebida como marco do início da velhice, porém a idade cronológica e biológica difere de indivíduo para indivíduo, logo não deve ser padronizada (Duarte, e al., 2005). Igualmente o conceito de envelhecimento activo, criado pela OMS<sup>22</sup> e defendido na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento<sup>23</sup>, tem como base a ideia de otimizar as capacidades cognitivas e mentais das pessoas mais velhas, integrando-as, de forma activa, na vida social das comunidades em que se estão inseridas, parece ser uma solução, tornando-se pois fundamental difundir e implementar novas medidas. A forte

---

<sup>20</sup> O termo Gerontologia foi introduzido em 1903 e significa o estudo científico do envelhecimento em geral e não apenas do envelhecimento humano, área reservada à Gerontologia Social. Geriatria, de acordo com definição da OMS, trata da saúde dos idosos em seus aspectos preventivos, terapêuticos, clínicos e de reabilitação; Ferrari (1999);

<sup>21</sup> A noção de “4ª idade”, proposta em França, para todos aqueles que tivessem 75 e mais anos. INE, (2002a);

<sup>22</sup> WHO –(World Health Organization); *Active Ageing. “A Policy Framework. A Contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Department of Health Promotion Madrid, Spain, April 2002;*

<sup>23</sup> Realizada em Madrid de 8 a 12 de Abril de 2002;

evidência sobre o que determina a saúde, sugere que todos estes factores, bem como os que resultam da sua interacção, constituam o referencial dos indicadores da qualidade do envelhecimento das pessoas e das populações.

Segundo o autor Oliveira (1999), o mais importante na definição de idoso não tem a ver com a idade cronológica, mas sim com o estado de saúde, mesmo assim, o autor divide o grupo etário dos idosos em três partes: os idosos jovens, entre 65 anos até aos 75 ou 80 anos de idade, idosos velhos, a partir dos 75 ou 80 anos aos 90 anos e, por último, os idosos muito velhos que se enquadram na faixa etária acima dos 90 anos de idade.

Assim os determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos, contribuem para a forma como se envelhece e para a ocorrência de doenças ao longo da vida, não se deve esquecer que, em muitas situações, o declínio das funções que se associa ao envelhecimento está intimamente relacionado com factores externos, comportamentais, ambientais e sociais. São importantes exemplos dessas situações, pela sua prevalência, entidades clínicas como a depressão tal como os fenómenos de solidão e de isolamento<sup>24</sup> de muitas pessoas idosas.

Ser velho(a) não é sinónimo de ter doença nem ser doente – assim como ser doente ou ter doença não é ser velho/velha. A velhice não é uma idade cronológica nem o envelhecimento sinal de deficit, declínio ou percurso patológico. Envelhecer é antes de mais uma arte, ou seja, uma capacidade de interpretar em cada momento a vida existencial no seu percurso para a morte. Envelhecer não é uma evolução que isola, é antes um desenvolvimento que socializa. Envelhecer é tomar consciência de si, é encontrar-se, é a moderação do ego, é conhecer as limitações do corpo.

A pessoa “velha” é *portadora da sua história*, de uma cultura, de uma experiência de vida, de saber e de existência que deverá ser partilhada com outras gerações. O termo “terceira idade”, que tem a ver com as pessoas com 65 e mais anos, relaciona-se antes de mais com a reforma/aposentação do seu posto de trabalho. O afastamento laboral não

---

<sup>24</sup> Os idosos a viver sós são os que, de um modo geral, possuem as piores condições de vida e, de entre estes, os homens surgem em posição mais desvantajosa. (Cf. INE. *As Gerações Mais Idosas*, Série de Estudos N.º. 83, Portugal. Lisboa, 1999);

resulta qualquer fragilidade, a reforma deverá ser relacionada apenas com uma idade socioeconómica.

A idade da reforma e a idade da velhice deixaram de ser coincidentes apesar de a reforma, na sua génese, estar indissociavelmente incorporada à velhice enquanto fase da vida onde se manifestava incapacidade para o trabalho. Velhice e reforma dissociaram-se e passaram a representar duas dimensões da realidade, duas realidades distintas na qual ainda restam algumas homologias e, por vezes, coincidências. Esta segmentação vem, de resto, pôr em causa alguns dos pressupostos iniciais que fundamentavam a legitimidade da reforma face à velhice. Em primeiro lugar, o pressuposto da solidariedade social, princípio universal que sustenta o funcionamento das sociais-democracias e o alargamento dos direitos sociais no Estado-Providência.

Este é um dos princípios em que assentam os sistemas de segurança social, assim como os objectivos e as finalidades que fundamentaram o surgimento das primeiras pensões. A antecipação da reforma para idades que rondam os 50 anos encaminha para situações de dependência e, de certa forma, exclusão social, indivíduos fisicamente aptos a desenvolver uma actividade, que passam a usufruir, por bastante tempo, dos benefícios de um salário sem trabalho, cujo pagamento é garantido pelas quotizações dos trabalhadores no activo. Neste novo cenário, ocorre a existência de uma “idade nova” Xavier Gaullier, (1988, citado por Fernandes, 1997), ou seja, uma nova fase do ciclo de vida, situada entre o fim do trabalho e a velhice propriamente dita.

Torna-se assim importante adaptar a idade da reforma ao prolongamento da vida de uma forma saudável, adaptando os postos de trabalho e suas modalidades de uma forma mais flexível, com passagem gradual para a reforma, maximizando a potencialidades dos mais velhos e melhorando os ambientes de trabalho para prolongar o mais possível a vida activa, sem quaisquer atitudes discriminatórias ou estigmatizantes em relação à noção de pessoa *velha*.

A reforma é um conceito recente, com forte conotação social que emerge no Estado Providência. A noção de Estado-Providência surge no final do século XIX, em França, ainda na senda da revolução. O Estado deixa de ter como funções quase exclusivas a regulação e o controlo dos cidadãos passando também a protegê-los, conferindo-lhes direitos. O modelo francês aproveitou o contributo marcante do modelo alemão (no qual se destaca a figura do chanceler Bismark<sup>25</sup>) que acabaria por influenciar até aos nossos dias o perfil dos sistemas modernos de segurança social europeus.

A qualidade de vida da pessoa durante o período da reforma depende, em certa medida, da sua planificação. A necessidade de planificar a reforma surge apenas no século XX por volta da década de 80. Esta necessidade é influenciada não só pela dimensão sócio-económica, mas também por outras vertentes, designadamente sociológica, a cultural, a política e a psicológica. Por outro lado o processo da reforma sofre as repercussões de outras variáveis tais como o estado civil, o local de residência (cidade/campo), papéis profissionais, o nível cultural, entre outras. Por exemplo, constata-se que os profissionais livres têm maior facilidade em planificar a sua vida na fase da reforma, processo esse facilitado se forem casados, na medida em que podem vivenciar uma maior entreaajuda comparativamente às pessoas solteiras e viúvas.

Assim, a reforma não pode ser confundida com o envelhecimento. Muitas pessoas reformam-se com idades inferiores a 65 anos. Apesar da reforma ser um símbolo social de transição para a velhice e esta, por sua vez, estar associada a noções de teor pejorativo, o sector das pessoas idosas é muito numeroso para ser considerado como passivo. A experiência de vida proporciona o desenvolvimento e a integração de capacidades e de conhecimentos, não estando a pessoa idosa interdita de desenvolver a sua capacidade de apreender e de intervir, como elemento activo e criativo no meio em que vive.

---

<sup>25</sup> Chanceler alemão Bismarck, estabeleceu o primeiro seguro social obrigatório em 1883 no consolado, em plena revolução industrial, o acesso aos cuidados médicos das classes trabalhadoras eram financiados através de contribuições retirados dos respectivos salários. Devido ao carácter limitado deste modelo e devido às crescentes necessidades sociais e de saúde o Estado começou a suportar todos esses encargos;

### 1.5. – Envelhecimento Saudável e Activo

Envelhecer com **saúde, autonomia e independência**, o mais tempo possível, constitui assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países. Coloca-se, pois, a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, de que a prática de actividade física moderada e regular. Importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções cada vez mais próximas dos cidadãos.

A promoção de um envelhecimento saudável e activo, segundo Fonseca (2005) determina a participação social do indivíduo diz respeito a múltiplos sectores, que envolvem nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspectos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus. Existindo várias definições possíveis para o conceito *envelhecimento activo*, designam-se as mais pertinentes (OMS, 2002:12)<sup>26</sup>: “...um processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, com vista a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem”, “... os direitos dos indivíduos e dos grupos populacionais em relação ao bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida”, “Activo: refere-se não só a participar na força de trabalho e a ser fisicamente activo, mas também à participação social, económica, cultural, espiritual e cívica em todas as fases da vida”, “Envelhecimento activo é mais inclusivo do que envelhecimento saudável, já que inclui todos os factores que afectam os indivíduos e as populações, à medida que envelhecem, adicionalmente à saúde”, “Para uma sociedade para todas as idades, sublinha-se a importância da integração social e da saúde ao longo do curso da vida”, “...manter a autonomia e a independência na medida em que se avança na idade é um objectivo chave, tanto para os indivíduos como para os políticos”,

---

<sup>26</sup> [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf); OMS, (2002), “Active ageing. A policy framework”. Second United Nations World Assembly on Ageing;



*“...envelhecimento activo é baseada no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, cuidado e auto-realização”*. Considera-se que envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível.

As políticas que permitam desenvolver acções mais próximas dos cidadãos idosos, capacitadoras da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades mais frequentes da população idosa e das suas famílias, permitem minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população.

Do ponto de vista da colectividade, sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, implica necessariamente todos os sectores sociais, exigindo a sua intervenção e corresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, directos conviventes e profissionais. Tal facto representa um enorme desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população.

#### **1.6. – Envelhecer na Sociedade Contemporânea**

Paralelamente às alterações físicas e psicológicas que ocorrem na terceira idade, estão, associadas as transformações ao nível dos papéis sociais, exigindo a adaptação do idoso às novas condições de vida (Figueiredo, 2007). Segundo Fontaine (2000), o envelhecimento social refere-se ao papel, estatuto e hábitos da pessoa relativamente aos membros da sociedade. O envelhecimento social tem a ver com os papéis que são exigidos pela sociedade em o indivíduo está inserido (Rossel et al., 2004) pois diariamente o idoso confronta-se com os fantasmas do envelhecimento, que o atormentam e se traduzem no medo da solidão, do desconhecido e da morte (Duarte 2002). Esses fantasmas surgem como resultado de ideias pré-concebidas e erradas sobre a velhice (Papalia, & Olds 2000).

As sociedades contemporâneas são tidas como sociedades de consumo, regem-se por valores materiais o que implica ter como principal objectivo a rentabilização da produção em que privilegiam os indivíduos activos, nessa sequência, exerce efeitos negativos e devastadores sobre os cidadãos, diminuindo a capacidade produtiva da pessoa fragilizada.

O idoso sem autonomia é rapidamente excluído do trabalho das funções de aquisição de produção, manutenção e transmissão de conhecimentos, nesta perspectiva não é difícil de prever que tende ao isolamento, assumindo assim uma situação de dependência. A sociedade portuguesa não é excepção, ao contexto descrito, tratando-se dum fenómeno global que afecta não só os idosos mas também famílias, meios e estratos sociais em toda a sua transversalidade. As transformações têm expressões diferenciadas e singulares no território nacional, quer nos contextos sócio-urbanísticos quer nos contextos sócio-rurais. Num estudo realizado em vários países europeus, incluindo Portugal (Fernández-Ballesteros e colaboradores 2003), a condição rural/urbano nos cidadãos idosos comporta diferenças específicas, nomeadamente ao que se refere à rede social de suporte e ao nível de autonomia, contudo pode não introduzir diferenças de fundo nos resultados psicológicos (satisfação de vida) ou psicossociais (qualidade de vida). As redes de suporte sociais não aparecem associadas à satisfação de vida dos idosos, mas claramente estão associados à qualidade de vida (Bosworth e Schaie 1997); A satisfação de vida, encarada como dimensão psicológica, surge como variável mais intra-psíquica, associada a características de personalidade e menos associada a variáveis externas, sejam físicas, sociais ou ambientais. Contudo a Qualidade de Vida (QDV) aparece claramente associada a variáveis sócio demográficas e a variáveis físicas e de contexto.

Fala-se no problema do envelhecimento como um fenómeno que preocupa cientistas e governantes, e que se faz acompanhar de um espectro de dificuldades relacionadas com o encargo dos idosos sobre as gerações futuras, os vários custos que o seu grande número representa, a falência dos sistemas de reforma, o “conservadorismo”, a falta de vitalidade e dinamismo que tal envelhecimento acarretará para as sociedades.

Ao tornar-se um problema social, a velhice passou a mobilizar gente, meios, esforços e atenções consideradas suficientes. Decorrente deste processo de legitimação do problema social de velhice constitui-se um campo de produção e gestão de bens especificamente orientados para os idosos e que tende a generalizar-se e a oferecer produtos diversificados.

A evolução das relações entre gerações, bem como a produção e a institucionalização de medidas especificamente orientadas para a velhice passou a designar-se por políticas de velhice, entendendo-se estas como “*o conjunto de intervenções públicas, ou acções colectivas, cujo objectivo consiste em estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade*” (Fernandes, 1997).

Esta “*consciencialização social*” levou que os encargos com idosos que anteriormente eram da responsabilidade da família ou de particulares fossem transferidos para instâncias despersonalizadas e burocratizadas, em que as relações entre os agentes se operam de forma anónima ignorando mutuamente as suas existências. Com esta nova forma de gestão dos problemas sociais, resultantes da “*velhice*” e do envelhecimento demográfico, os conflitos de interesse reduzem-se a confrontações entre responsáveis político-administrativos e especialistas de instituições.

### 1.7. – Tendências e Perspectivas Demográficas na União Europeia e Portugal Continental

Em Outubro de 2005 na Cimeira de Hampton Court<sup>27</sup>, foi sublinhado pelos chefes de Estado e de Governo, que o envelhecimento populacional, trata-se de um dos desafios mais importantes desafios que a UE terá de enfrentar nos próximos anos. A incidência do envelhecimento populacional resulta de algumas tendências demográficas, sendo que a amplitude e o ritmo podem variar significativamente consoante o país e a região. Numa Europa a 25, o número médio de filhos por mulher (índice conjuntural de fecundidade – ICF) é de 1,5 filhos, sendo considerado fraco, o que está muito abaixo do índice de substituição de 2,1 filhos, necessário para estabilizar a dimensão da população, caso não

---

<sup>27</sup> [http://www.presidenciaue.parlamento.pt/inicativas\\_europeias/sec\\_com/com2006\\_0571pt.pdf](http://www.presidenciaue.parlamento.pt/inicativas_europeias/sec_com/com2006_0571pt.pdf), Comissão das Comunidades Europeias, COM (2005), 525 de 3.11.2005;

haja imigração. Contudo, estudos fornecidos por alguns demógrafos<sup>28</sup>, avançaram com a hipótese da irreversibilidade dos baixos índices de fecundidade, projectando para um aumento limitado de 1,6 filhos para a mesma Europa de 25 até ao ano de 2030.

Outra tendência do declínio da fecundidade, é que a esperança de vida à nascença pode continuar a aumentar 5 anos ou mais até 2050. Assim, a população da UE que em 2050 tiverem 65 anos poderão contar viver mais, em média, entre quatro a cinco anos mais do que as pessoas que actualmente chegam aos 65 anos; este aumento de número de pessoas com mais de 80 e 95 anos de idade, irão passar muitas destas, várias décadas na reforma e atinjam idades em que a fragilidade e a incapacidade serão naturalmente frequentes. É de realçar que os fluxos de imigração para a UE até ao ano 2050, terão grande influência, sendo que estes fluxos migratórios terão a capacidade de rejuvenescer a população, pois estes grupos encontram-se em idade de trabalhar.

No que respeita à demografia, a esperança de vida à nascença aumentou consideravelmente (homens:75,5 e mulheres:82,3 em 2006), o que supera a média da UE em 2004<sup>29</sup>. A população portuguesa vive hoje quase dez anos mais do que há três décadas. Contrariamente, a esperança de vida saudável tem diminuído nos últimos dez anos. Graças ao rápido envelhecimento previsto, o rácio de dependência dos idosos em Portugal aumentará de 26,6% em 2010 para 53% em 2050, acima da média da UE (25,9% e 50,4%). Em consequência, espera-se que o total das despesas públicas, que representava 23,8% do PIB, aumente 9,8%, correspondendo ao segundo aumento mais elevado na UE-25<sup>30</sup>.

---

<sup>28</sup> “*The low fertility trap hypothesis: forces that may lead to further postponement and fewer births in Europe*” by Lutz, Skirbekk and Testa, Vienna Institute of Demography, research paper nº 4, COM (2005) 525 de 3.11.2005;

<sup>29</sup> A média da UE em 2004 era de 75,2 e 81,5 para os homens e as mulheres, respectivamente; Relatório Nacional de Estratégia para a Protecção Social e a inclusão Social 2008-2010;

<sup>30</sup> Adesão a 10 Estados Membros em 01.05.2004 na cidade de Atenas / Grécia, aos países da Europa Central (antigo Bloco Comunista: Eslováquia, Hungria, Polónia e República Checa), Leste (ex-repúblicas soviéticas do Báltico: Estónia, Letónia, Lituânia e Eslovénia) e do Sul (ilhas mediterrâneas: Chipre e Malta), além dos constituintes: Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Portugal, Reino Unido e Suécia.

## 1.8. – Impacto na Protecção Social e Finanças Públicas

O envelhecimento vai exercer pressões significativas no que toca às políticas sociais de cada Estado Membro, no sentido do aumento das despesas públicas, nomeadamente na saúde e nos serviços aos idosos. As finanças públicas globais correm o risco de insustentabilidade, podendo comprometer o equilíbrio futuro dos regimes de pensões e de protecção social, e em consequência ser dramático ao crescimento económico, bem como a prazo, exigir uma dramática reconsideração das reformas e das prestações de saúde. No entanto, na UE os governos não estão inactivos, de um modo geral, estão a ser transferidos aos cidadãos responsabilidades e papéis mais activos, no que concerne às recentes reformas, designadamente as dos regimes públicos de pensões, da saúde, do mercado de trabalho e outras, assim como no que refere à escolha do momento da aposentação.

O sistema de Protecção Social constitui um dos principais instrumentos sobre os quais esta realidade tem maior impacto, quer pela pressão que o envelhecimento populacional exerce ao nível do seu financiamento, quer pelo maior esforço que requer no apoio na velhice e nos cuidados de saúde. A vertente demográfica constitui, assim, um importante desafio com que se confrontam os sistemas de protecção social e de sistema Nacional de Saúde Português - SNP.

O reforço da protecção social representa, por outro lado, um esforço mais alargado de maior adequação do sistema não só a nova realidade demográfica, mas também a novos riscos sociais emergentes. A despesa nacional com Protecção Social tem, nesse sentido, registado um aumento gradual entre 2000 (21,7 %) e 2004 (24,7 %), crescimento esse superior ao da UE (26,6 % em 2000 e 27,3 % em 2004)<sup>31</sup>.

Presentemente os Estados Membros estão a tomar medidas, no âmbito dos compromissos que assumiram no Conselho Europeu de Estocolmo<sup>32</sup> em 2001, em aumentar

---

<sup>31</sup> Estratégia Nacional para a Protecção Social e Inclusão Social, Portugal, 2008/2010, Setembº./2008;

<sup>32</sup> Primavera, Estocolmo 23 e 24 de Março de 2001, contribuição da Comissão Europeia para o Conselho Europeu, Bruxelas,

para mais de 50% as taxas de emprego dos trabalhadores com mais de 55 anos, dando protagonismo de um investimento prioritário para o futuro da UE que pretende apoiar, nomeadamente com o programa “*Educação & Formação 2010*”, tendo como objectivo a participação ao tecido económico e social, dando oportunidade a um envelhecimento activo e a uma esperança de vida com “*boa saúde*”.

### Síntese do Capítulo

Encerrando este primeiro capítulo, procuramos terminar com um excerto de um texto de António Barreto<sup>33</sup>, onde melhor nos pareceu enquadrar-se às *consequências* do envelhecimento da população portuguesa ou de qualquer outra: “ (...) *Conhecemos, neste século, mil e um progressos: culturais, políticos, sanitários, tecnológicos e de bem-estar. Mas, num caso, talvez num só, o dos idosos, conhecemos mais regressos e crueldade do que progressos. As gerações activas separam-se dos seus idosos de modo irreversível. A sociedade está organizada para quem produz...*”.

Tratar dos idosos sem interesse e por afecto: é a mais drástica prova que as sociedades enfrentam, a prova da sua humanidade. Pelo que conhecemos hoje, as respostas não são famosas, algumas até desenquadradas às reais necessidades. Em vez de promovermos actividades e de prolongar o tempo de utilidade e ocupação, as sociedades esmeram-se em cuidar do limite de idade. As sociedades da eficácia e da competitividade querem os idosos estacionados, tão imóveis quanto possível, tão amestrados quanto imaginável e tanto de boa saúde quanto for útil para os outros, os mais novos: a isso, chamam-lhe conforto. Outros, solidariedade.

---

<sup>33</sup> Barreto, António, “Os Velhos”, in [www.projectotio.net](http://www.projectotio.net), 10 de Dezembro de 2000.

Coloca-se, pois a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia. Do ponto de vista da colectividade, sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, implica necessariamente todos os sectores sociais, exigindo a sua intervenção e corresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas.

## CAPÍTULO – II

### 2. POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITOS DO IDOSO

#### 2.1. – Introdução

O termo política diz respeito a um conjunto de objectivos que informam determinado programa de acção governamental e condicionam sua execução. Política pública é a expressão actualmente utilizada nos meios e nas ciências sociais (Borges, 2002). Nos países, onde a sociedade se determine como uma democracia, o conceito de política pública tem íntima ligação com o de cidadania, interligada com o conjunto de liberdades individuais expressas pelos direitos civis (Neri, 2005). A edificação da cidadania ocorre através do espaço político, como o direito a ter direitos. Política, entendemos como forma de actividade ou de *práxis*<sup>34</sup> humana, ligada estreitamente ao conceito de poder, se os idosos não ocuparem seu espaço político, certamente outros ocuparão, o que traz repercussões graves para a conquista da sua cidadania no contexto democrático, especialmente na democracia participativa.

Na continuidade deste estudo, importa referir a análise da relação entre Política Pública e a Segurança Social em especial importa clarificar alguns conceitos fundamentais à compreensão da análise que será desenvolvida. Neste sentido e numa tentativa de melhor se compreender o conceito de Política Pública são apresentadas várias definições. Segundo Thomas Dye (1975) “... é tudo aquilo que o governo decide ou não fazer”, para Nagel (1980), “...*decisões governamentais destinadas a resolver problemas sociais...*”, ou ainda segundo Anderson (1984) “... *curso de acção seguido pelo governo e funcionários governamentais é destinado a lidar com um problema...*”.

---

<sup>34</sup> Karl Marx concebe a *práxis* como actividade humana práctico-crítica, que nasce da relação entre o homem e a natureza. A natureza só adquire sentido para o homem à medida que é modificada por ele, para servir aos fins associados à satisfação das necessidades do género humano;



Assim tendo em conta o conteúdo, o objectivo, a forma a competência e os meios utilizados considera-se Políticas Públicas como um conjunto de acções positivas ou negativas seguidas pelo governo e ou por funcionários governamentais tomando a forma de programa ou lei, sendo possível a sua implementação coerciva e tendo como objectivo a resolução de um problema público.

O estudo das Políticas Públicas tem vindo a ganhar um lugar de relevo, situando-se entre a Economia e a Ciência Política utilizando conceitos de várias ciências, criando, no entanto, o seu próprio corpo de teorias. Não cabe, entretanto confundir o estudo das Políticas Públicas com a análise política. No estudo das Políticas Públicas aborda-se a tomada de decisões por parte dos governos, quais as soluções e as acções postas em prática para a resolução dos problemas públicos, onde se tenta responder a questões como o porquê, o para quê e o como são desenvolvidas as acções do governo. A análise política, sendo do âmbito da Ciência Política contém diferentes objectivos.

## **2.2. – Breve Enquadramento Histórico das Políticas Públicas Sociais para a Terceira Idade**

A preocupação do homem em relação ao infortúnio vem desde 1344, quando ocorre a celebração do primeiro contrato de seguro marítimo. Em 1601, a Inglaterra editou a *Poor Relief Act* (Lei de Amparo aos Pobres), sendo a primeira lei pública, instituindo a contribuição obrigatória para fins sociais, prestando socorro à miséria, ao abandono, à pobreza, à indigência, que antes era feita pela Igreja Católica com carácter caritativo. Na Alemanha, Otto von Bismarck<sup>35</sup> introduziu uma série de seguros sociais, para amenizar as tensões da classe trabalhadora.

---

<sup>35</sup> Chanceler alemão Bismarck inseriu em 1883 em plena Revolução Industrial, o primeiro seguro social obrigatório o acesso aos cuidados médicos das classes trabalhadoras eram financiados através de contribuições retirados dos respectivos salários.

Em 1883, instituiu o *seguro-doença*, cuja fonte de custeio era dos empregados, empregadores e Estado; em 1884, decretou o seguro contra acidentes do trabalho, cujo custo era do Estado e em 1889 criou-se o seguro de invalidez e velhice, custeados pelos empregados, empregadores e Estado. Por meio dessas leis tornaram-se obrigatórias a filiação às sociedades seguradoras ou entidades de socorros mútuos pelos trabalhadores que recebessem até 2.000 marcos anuais.

Nos Estados Unidos, Franklin Roosevelt instituiu o *New Deal*, com a doutrina do *Welfare State* (Estado do Bem-Estar Social), determinando as bases do Seguro Social do cidadão e, tentando resolver a crise económica que vinha desde 1929. Em 1935 surge em Portugal o primeiro Seguro Social Obrigatório, estava integrado na caixa de previdência, no entanto, só na década de 40 é que assume elevada importância. A reforma de saúde legislada em 1971<sup>36</sup>, conhecida como a reforma de Gonçalves Ferreira<sup>37</sup>, incluiu o estabelecimento dos Centros de Saúde<sup>38</sup>.

O “*Plano Beveridge*”, em Inglaterra (1941), veio propor um programa de prosperidade política e social. As características desse sistema: universal, unificado, simples, uniforme e centralizado. Este sistema garantia a todos os indivíduos cobertura com certas contingências sociais. Inspirado no “*Relatório Beveridge*”, ou (*Report on Social Insurance and Allied Services*) o governo inglês apresentou em 1944 um plano de Previdência social que deu ensejo à reforma do sistema inglês de protecção social, implantado em 1946<sup>39</sup>.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948 inscreve a protecção entre outros direitos fundamentais da pessoa humana, estabelecendo-se um direito inspirador e

---

<sup>36</sup> Dec. Lei nº 413/71 de 27 de Setembro;

<sup>37</sup> São criados os primeiros Centros de Saúde, denominados como a “primeira geração”, co-existiam com os centros de saúde, actividade centrada na prevenção de doenças infecto-contagiosas, prestação de assistência a grupos considerados vulneráveis como grávidas e crianças, serviços relacionados com a saúde escolar e como autoridade sanitária.

<sup>38</sup> Ministério da Saúde: *História do Serviço Nacional de Saúde*, Lisboa.  
Acedido a 17 de Abril de 2010, em: <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/htm>

<sup>39</sup> BEVERIDGE, William, “*Social Insurance and Allied Services*”, London, His Majesty’s Stationery Office, 1942;

orientador do trabalho legislativo de todos os países participantes. A política social que configura-se e passa a ser cumprida, malgrado contemple os riscos a que o cidadão se acha submetido na sociedade volta-se como fim primordial para a eliminação da necessidade como factor de restrição da liberdade do homem, ao qual procura assegurar, com as medidas indicadas e aprovadas.

De 08 a 12 de Abril de 2002, em Madrid, realizou-se a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, organizada pelas Nações Unidas. O envelhecimento está a tornar-se um problema mundial e o objectivo desta assembleia foi de garantir que todos os indivíduos possam envelhecer com segurança, dignidade e que estes continuem participando da vida em sociedade, exercendo seus direitos. O avanço da longevidade e da diminuição das taxas de natalidade tem exercido profundo impacto em nossas sociedades, tanto no mundo industrializado como no que está em vias de desenvolvimento.

O envelhecimento demográfico causa considerável preocupação em muitos círculos, sendo que é mais fácil centrar a atenção na carga em que o envelhecimento impõe à sociedade do que tentar compreender a natureza complexa e inter-relacionada com as questões que entram em jogo, especialmente o número crescente de pessoas de idade que estão inactivas e não contribuem com os impostos nem cotas para a Segurança Social<sup>40</sup>.

### **2.2.1. – Políticas Públicas em contexto Português**

A legislação fundamental e as orientações dos governos, evidenciam uma preocupação elevada com a população idosa e consagram um conjunto alargado de direitos e benesses a essa categoria da população (por vezes mais generoso do que o de certos países desenvolvidos). Fazendo uma breve análise sobre as políticas em Portugal, (Quaresma, 1998) refere que “... até ao final da década de 60 os problemas da população idosa não foram objecto de uma política social específica pelo que a protecção social dos indivíduos deste grupo se revela quase inexistente”.

---

<sup>40</sup> O desafio do envelhecimento para a Segurança Social, Revista Internacional, “*Seguridade Social*”. V.55, pp.13, Nº1, Março 2002;

Em opinião de Gomes (citado por Martins, 2000) só em 1969 se inicia a discussão na Assembleia Nacional sobre os problemas da população idosa no nosso país, o fenómeno do envelhecimento da população e a política de velhice. Em 1971, é criado o serviço de Reabilitação e Protecção aos Diminuídos e Idosos, no âmbito do Instituto da Família e Acção Social inserido na Direcção Geral de Assistência Social, que vinha substituir o Instituto de Assistência aos Inválidos.

Esta mudança é importante por criar pela primeira vez um Departamento com afinidades no estudo e na procura de soluções para os problemas da população idosa. Será então a partir de Abril de 1976, após as mudanças políticas em Portugal que a nova Constituição consagra o Direito à Segurança Social e que se mantém após a revisão constitucional de 1992. A anterior, Assistência Social deu lugar à Acção Social *“que enquadra o conjunto de acções desenvolvidas através de serviços e de equipamentos sociais de apoio individual e familiar bem como de intervenção comunitária, que também integram o antigo sistema de assistência social”*. As alterações no quadro da política social, bem como o aumento da procura, repercutiram-se no alargamento da rede de instituições de alojamento para idosos, na medida em que, paralelamente às mudanças políticas, ocorriam as mudanças no tecido e contexto social. Em consequência emerge uma acção social que, na sua maior parte, é exercida por instituições particulares de solidariedade social IPSS e outras organizações de carácter privadas ou não, sendo apoiadas financeiramente pelo estado, mediante protocolos de cooperação Neves, (1998, citado por Martins).

As respostas específicas para a Terceira Idade, enquadram-se tanto no âmbito da Segurança Social, como nas políticas de outros sectores. Nos outros sectores, destaca-se a discriminação positiva no acesso a determinados bens e serviços essenciais, como os transportes - passes sociais -, telecomunicações, energia, apoios no acesso à saúde, tais como isenção de taxas moderadoras.

Também a UE tem tido algumas preocupações com a situação do idoso, assim nos anos de 1993 e 1996 realizaram-se os Paramentos de Idosos, o primeiro em Luxemburgo o outro em Bruxelas, aprovaram conclusões no sentido de fortalecer os direitos dos idosos.

Em Portugal, por iniciativa da Inter-Reformados e do MURPI<sup>41</sup>, realizou-se em 1997, na sala da Assembleia da República, o 1º Parlamento do Idoso que aprovou um caderno reivindicativo com as principais reivindicações dos Reformados, Pensionistas e Idosos. É então que o governo português criou em Setembro de 1997, por Decreto-Lei o Conselho Nacional para a Política da Terceira Idade – (CNPTI), como órgão de consulta no âmbito da definição e acompanhamento das políticas do envelhecimento e das pessoas idosas, sendo as suas atribuições, um contributo para a definição de uma política nacional de apoio à população idosa, formulando e emitido pareceres sobre projectos de diplomas legais ou quaisquer outras questões respeitantes ao desenvolvimento e concretização da política de envelhecimento.

A Constituição da República Portuguesa, no seu Artigo 63/3, refere que todos têm direito à Segurança Social “...o sistema de Segurança Social protege cidadãos na doença, velhice, invalidez e viuvez...”, neste âmbito, as soluções dependem da situação do idoso uma vez que o sistema compreende vários níveis, em função do sistema contributivo em causa.

### **2.3. - Fundação dos Sistemas**

#### **2.3.1. – Sistemas e Subsistemas Sociais Portugueses**

A adopção de políticas de cada país tende a estar associada à importância dada a certos princípios básicos (profissional, universal e assistencialista)<sup>42</sup> De acordo com a

---

<sup>41</sup> (*Confederação Nacional de Reformados, Pensionistas e Idosos*); Organismo Não Governamental - ONG, porta-voz das organizações de reformados e idosos, defende os direitos e garantias das pessoas idosas em Portugal, para a melhoria das condições de vida;

<sup>42</sup> Nos sistemas com uma grande componente de trabalho, conhecido por *occupational pension*, o conceito de Segurança Social tende a estar fortemente articulado com o trabalho. Na estrutura, o sistema tende a limitar a quantidade da contribuição, nomeadamente para as pensões de velhice, quer um tecto para o limite superior quer definindo uma quantia mínima para o montante da contribuição. Neste sistema existe uma componente qualitativa de expressão universal, uma vez que o objectivo deste regime é garantir um rendimento a todos face ao seu respectivo salário. Universal significa todos; para fins de enquadramento legal da Segurança Social significa que se enquadrem sob determinadas condições à *priori* definidas pelo sistema. Regime assistencialistas poderiam

importância dada a cada princípio, cada país escolhe o tipo e a sua articulação com o mecanismo do seu próprio regime definindo assim os Pilares da Segurança Social (*World Bank (1994)*) O aumento dos encargos com a Segurança Social devido ao envelhecimento da população e, de um modo geral, com a crise do Estado Social, levantou a questão da necessidade de melhorar a eficiência dos sistemas e tal significa uma clara identificação dos possíveis tipos previstos num regime de Segurança Social: público, colectivo, privado e individual.

O enquadramento legal do Sistema de Segurança Social Português assenta numa estrutura de três grandes pilares<sup>43</sup>, Esta estrutura de regime, incorpora mandatários da Segurança Social, universais, profissionais e assistencialistas; o elemento *assistencialista* destinado a dar um nível de protecção mínima como sejam, apoio à família e ajuda para aliviar a exclusão social e a pobreza. Para além do regime público obrigatório, o sistema prevê também uma componente destinada a dar assistência à pobreza. O sistema público português de pensões caracteriza-se por ter predominantemente o **primeiro pilar** profissional.

O **segundo pilar** enquadra regimes complementares e complementa as contribuições dos regimes legais. Frequentemente, os regimes complementares constituem fundos de pensões administrados por instituições privadas, essencialmente companhias de seguros, companhias de gestão de fundos de pensões. Este pilar obriga a que haja uma contribuição de ambas as partes, entidade patronal e empregado. Quanto ao **terceiro pilar**, é complementar, de carácter opcional, contempla as poupanças privadas e decisões individuais de protecção social adicional. Segundo o autor (Ilídio Neves, 1996) “...a teoria dos três pilares visa maximizar a eficiência dos instrumentos do sistema definindo as fontes de financiamento para as pensões de velhice e de invalidez...”.

---

assumir uma outra forma de, benefícios gerais, tais como, para as crianças (apoio à família) com base em princípios universais, para benefícios selectivos.

<sup>43</sup> Lei n.º 32/2002 de 20 de Dezembro;

A Segurança Social assenta em dois princípios fundamentais: o princípio da Subsidiariedade Social e o princípio da Coesão Inter-Generacional. O princípio da Subsidiariedade Social baseia-se no reconhecimento do papel das famílias das pessoas em geral, dos corpos intermédios, na prossecução dos objectivos assim como o incentivo e promoção das iniciativas locais, voluntárias, privadas e de protecção social. A Coesão Geracional implica um ajustado equilíbrio e equidade geracionais na assunção das responsabilidades do sistema (Carreira, 1996)

O objectivo do Sistema Público de Segurança Social, visa garantir a concretização do direito à Segurança Social, promover a melhoria das condições e dos níveis de protecção social, promover os trabalhadores e as famílias nas situações de falta ou diminuição das capacidades de trabalho e compensar as famílias pelos encargos como proteger a eficácia dos regimes prestacionais e a qualidade da sua gestão, bem como a sustentabilidade financeira do sistema. Entenda-se assim que o sistema público divide-se nos sistemas: Previdencial, Complementar, e de Protecção Social de Cidadania.

O Subsistema Previdencial tem uma base contributiva, com tendência Universal para englobar todos os regimes especiais, o objectivo é garantir as prestações substitutivas de rendimentos do trabalho perdidos em consequência de eventualidades estabelecidas na lei. O subsistema previdencial abrange assim, o regime geral de Segurança Social aplicável à generalidade dos trabalhadores por conta de outrem e aos trabalhadores independentes, e também os regimes especiais, bem como os regimes de inscrição facultativa por sua vez, o subsistema de Solidariedade tem uma base não contributiva, sendo visível a separação relativa à gestão de poupanças e da função inerente a redistribuição social. O subsistema de Protecção Familiar abrange os encargos familiares<sup>44</sup>.

O Sistema Complementar assenta em regimes complementares legais, regimes complementares contratuais e esquemas facultativos. O princípio da complementaridade consiste na articulação das várias formas de protecção social públicas, sociais, cooperativas,

---

<sup>44</sup> A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, para valer como lei geral da República, Lei n.º 32/2002 de 20 de Dezembro, Lei de Bases da Segurança Social;

mutualistas e privadas com o objectivo de melhorar a cobertura das situações abrangidas e promover a partilha contratualizada das responsabilidades nos diferentes patamares da protecção social. O primeiro visa cobertura de eventualidades ou a atribuição de prestações em articulação com o sistema Público de Segurança Social. Os regimes complementares contratuais visam a atribuição de prestações complementares do sistema previdencial. Os esquemas facultativos visam o reforço da auto-protecção voluntária dos respectivos interessados, podendo ser de iniciativa do Estado, das empresas, das associações sindicais, patronais e profissionais.

O Sistema Protecção Social de Cidadania<sup>45</sup>, nos seus artigos 26 a 49 assenta em três subsistemas, são eles: de Acção Social, de Solidariedade, e de Protecção familiar. O Subsistema de Acção Social tem como objectivo: (Art.º29) a prevenção e reparação de situações de carência e desigualdade sócio-económica, de dependência, de disfunção, exclusão ou vulnerabilidades sociais, bem como a integração e promoção comunitárias das pessoas e o desenvolvimento das respectivas capacidades. Destina-se também a assegurar a especial protecção aos grupos mais vulneráveis, nomeadamente crianças, jovens, pessoas com deficiência e idosos, bem como a outras pessoas em situação de carência económica ou social. O Subsistema de Solidariedade tem como objectivo: assegurar, com base na solidariedade de toda a comunidade, os direitos essenciais por forma a prevenir e a erradicar situações de pobreza e de exclusão bem como a garantir prestações em situações de comprovada necessidade pessoal ou familiar, não incluídas no subsistema previdencial e também compensação social e económica. A protecção no subsistema de solidariedade concretiza-se através da concessão das seguintes prestações: Prestações de Rendimento Social de Inserção; Pensões Sociais; Subsídio Social de Desemprego; Complemento Solidário para Idosos; Complementos Sociais e outras prestações ou transferências afectas a finalidades específicas. O Subsistema de Protecção Familiar tem como objectivo: Assegurar a compensação de encargos familiares acrescidos quando ocorram as eventualidades legalmente previstas, aplica-se á generalidade dos cidadãos e cobre, nomeadamente as seguintes eventualidades: encargos Familiares, encargos no domínio da Deficiência, e encargos no domínio da Dependência.

---

<sup>45</sup> Lei nº 4/2007 de 16 de Janeiro, Lei de Bases da Segurança Social, esta lei revoga a anterior: Lei nº 32/2002 de 20 de Dezembro;



Segundo (Bugalho, 2005:90) a Segurança Social procura contribuir para uma política cada vez mais ampla de respostas inclusivas, melhorando a qualidade de vida das famílias quer nos seus aspectos económicos e pessoais, quer elevando o seu nível de cidadania e responsabilização no futuro colectivo de todos numa intervenção que se quer cada vez mais participado e concertada por todas as áreas intervenientes nesta temática.

Assim, para além de se reconhecer o valor inestimável da família e dos vizinhos, que facilitam a permanência do idoso no seu quadro habitual de vida, entende-se que deverão ainda ser implementadas medidas de política, que favoreçam a manutenção dos idosos no seu domicílio e estimulem estes laços tradicionais, para além de se considerar pertinente o desenvolvimento de um Plano Gerontológico Nacional (Bugalho, 2005).

O sistema de acção social, desenvolvido por Instituições Públicas, e por Instituições Públicas de Solidariedade Social – (IPSS), sem fins lucrativos, tem por objectivo situações de carência e desigualdade socioeconómica, de dependência, exclusão social, de modo a que seja feita a integração e respectivas capacidades. É o artigo 63/5 da Constituição da República Portuguesa que regula a relação entre a Segurança Social e as IPSS. O Estado apoia e fiscaliza, nos termos da lei, a actividade e o funcionamento das IPSS e de outras de reconhecido interesse público sem carácter lucrativo, com vista à prossecução de objectivos de solidariedade social consignados.

A acção social destina-se a assegurar a protecção aos grupos mais vulneráveis, onde se enquadram os idosos, em situações que não possam ser superadas através do subsistema de solidariedade. Em matéria de protecção dos idosos, a oferta no âmbito da acção social é bastante ampla na resposta em Equipamentos Sociais. Existem os lares, as residências, o sistema de acolhimento familiar de idosos, o sistema de idosos e adultos com deficiência, o acolhimento temporário de emergência para idosos, os centros de noite, os centros de dia, os serviços de apoio domiciliário, etc.

## **2.4. - Envolvimento na construção de Políticas e Direitos**

### **2.4.1. - Actores, Personagens e Instituições**

Ao enfrentar esta realidade, os cidadãos idosos, marcam a sua posição no espaço público gerado por movimentos sociais, através de fóruns e Conselhos de Idosos, que lhes permitem posicionar pela concretização de ideais democráticos, tais como a conquista da sua cidadania, reinventando sua própria velhice (Bredemeier, 2003). Conforme se verifica, a percepção do problema social dos cidadãos idosos a proposta de políticas públicas são resultantes de processos de negociações em que se realizam diálogos entre sujeitos e os agentes das políticas de entidades oriundas do Estado ou Instituições Particulares de carácter social ou não, na tentativa de co-responsabilidade democrática pela preservação dos direitos e garantias sociais (Paz, 2002). Uma vez delineadas algumas implicações do envelhecimento, sobre o sistema social, envolvimento das instituições percursos adoptados, sociedade civil, construção e conjunto de políticas e leis imbuídas com propósito de proteger e melhor cuidar o cidadão idoso, passa-se a enunciar alguns direitos e dispositivos legais referentes à sociedade actual portuguesa.

Em 1974<sup>46</sup>, os benefícios tornaram-se uma realidade com a criação da Pensão Social e o 13º mês para os trabalhadores. Em 1976<sup>47</sup>, na Constituição da República, o Artº 63,<sup>48</sup>

---

<sup>46</sup> Neste período de 1974, houve 3 governos provisórios: 1º Governo Provisório - Empossado em: 15-05-1974 - Exonerado em: 17-07-1974; 2º Governo Provisório - Empossado em: 17-07-1974 - Exonerado em: 30-09-1974; 3º Governo Provisório - Empossado em: 30-09-1974 - Exonerado em: 26-03-1975;

<sup>47</sup> Neste período de 1976, houve 2 governos: 1º governo foi o VI Governo Provisório, empossado em 12.09.1975 exonerado em 22.07.1976, o 2º governo foi o I Governo Constitucional (PS), empossado em 22.07.1976, exonerado em 09.12.1977;

<sup>48</sup> Artº 63º - CRP, Cap. II: Direitos e Deveres Sociais da Segurança Social e Solidariedade: (1) Todos têm direito à segurança social; (2) Incumbe ao Estado organizar, coordenar e subsidiar um sistema de segurança social unificado e descentralizado, com participação das associações sindicais, de outras organizações representativas dos trabalhadores e de associações representativas dos demais beneficiários; (3) É reconhecido o direito de instituições particulares de solidariedade social não lucrativa com vista à prossecução dos objectivos de segurança social ..., (4) O sistema de segurança social protegerá os cidadãos na doença, velhice, invalidez, viuvez e orfandade, bem como

refere-nos no seu capítulo II, os direitos e deveres sociais, mais tarde entra em vigor a Lei de Bases da Segurança Social<sup>49</sup>, definindo o carácter mandatário da Segurança Social Portuguesa. Os grandes princípios previstos para o Sistema de Segurança Social Português remetem-se assim ao artº. 5º da Organização Ibero Americana de Segurança Social<sup>50</sup> – (OISS).

Anteriormente a 1974 o sistema Português de Segurança Social era incipiente e as medidas tiveram por objectivo substituir o sistema assistencialista por um sistema de Segurança Social. A lei de 1984 definiu as condições da Segurança Social Portuguesa, pôs em funcionamento as mudanças efectuadas desde 1974 e aumentou o número de pensões de velhice, através da criação de, por exemplo, regimes especiais, como sejam o dos agricultores e os regimes não contributivos. Segundo Fernando Marques (1977), “...factores demográficos também explicam este aumento do número de pensionistas, como sejam, o envelhecimento da população e o aumento da esperança de vida...”.

Nesta linha destas preocupações<sup>51</sup>, o Governo<sup>52</sup>, incluiu no capítulo III, do seu Programa<sup>53</sup> no âmbito de Políticas Sociais “a definição e execução de uma política nacional

---

no desemprego e em todas as outras situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho; (5) Todo o tempo de trabalho contribuirá, nos termos da lei para o cálculo das pensões de velhice e invalidez, independentemente do sector de actividade em que tiver sido prestado;

<sup>49</sup> Lei nº 28 de 14 de Agosto de 1984;

<sup>50</sup> a) O sistema da Segurança Social obedece aos princípios da Universalidade, Unidade, Igualdade, Eficiência, Garantia Legal, Solidariedade e Participação; b) Universalidade pressupõe alargamento progressivo da aplicação do sistema ao indivíduo (inclusivo); c) Unidade significa uma articulação dos regimes constitutivos dentro do sistema com o órgão administrativo visando a unificação do sistema; d) Igualdade consiste na eliminação de qualquer tipo de discriminação, nomeadamente de género ou nacionalidade; e) Eficiência significa a concessão de benefícios em dinheiro ou em espécie para fazer face a riscos previstos na lei; f) Descentralização é a natureza do sistema *per se* e pode ser entendida como o modo autónomo em como as instituições funcionam na estrutura do sistema. Esta forma de organização visa conseguir uma melhor resposta do sistema às necessidades da população; g) Garantia Legal permite aos indivíduos recorrer a tribunal para protecção dos seus direitos; h) Solidariedade consiste numa responsabilidade colectiva para que o sistema seja eficaz e implica o financiamento da segurança social pública; i) Participação pressupõe a participação dos interessados na sua definição, organização, avaliação e desempenho do sistema;

<sup>51</sup> Resolução do Conselho de ministros nº 15/88, Nº 95, DR I Série, 23 de Abril, pp 1595-1596;

*para os idosos, que vise a garantia de um nível de vida condigno, a prestação de cuidados de saúde possíveis para prolongar a vida e diminuir o sofrimento físico, a manutenção nos limites realizáveis da autonomia e privacidade pessoais e familiares e o cumprimento pela família e pela sociedade dos deveres de gratidão e solidariedade para com os mais idosos...”*

Entende-se que, para o efeito, é da maior conveniência a criação de um órgão de natureza interdisciplinar que seja incentivador, promotor e coordenador, respectivamente, do estudo e da elaboração de propostas conducentes à definição de uma política social global, coerente e adequada às necessidades da população idosa portuguesa. Trata-se, de uma metodologia já assumida, com objectivos análogos, por alguns países europeus, nos quais o problema do envelhecimento suscitou igual reforço da cooperação entre diversos departamentos, serviços e instituições. São igualmente de salientar, nesse sentido, os

---

<sup>52</sup> XI Governo Constitucional, empossado em: 17-08-1987, exonerado em: 31-10-1991, Partido Social Democrata;

<sup>53</sup> Nos termos da alínea g) do artigo 202.º da *Constituição Portuguesa*, o Conselho de Ministros resolveu: **1** - É criada a Comissão Nacional para a Política de Terceira Idade, com as seguintes atribuições fundamentais: a) Incentivar e promover o estudo global da problemática do envelhecimento da população portuguesa; b) Elaborar um relatório de análise prospectiva das questões relativas ao envelhecimento da população, nomeadamente no referente às respectivas repercussões sobre os sistemas de garantia dos direitos sociais das pessoas idosas, o trabalho e o emprego no contexto da modernização económica, equilíbrio da relação entre activos e inactivos, a solidariedade intergerações, o urbanismo e ainda sobre a oferta de equipamentos e serviços; c) Definir e propor medidas de política social articuladas e adequadas à resolução dos problemas deste grupo etário, designadamente as que se dirigem aos grupos em situação de maior vulnerabilidade; d) Concitar o apoio e a colaboração dos serviços do Estado, das autarquias locais, das instituições de solidariedade social, das organizações não governamentais e de outras entidades, tendo em vista a adopção de medidas que garantam a melhor inserção social das pessoas idosas; e) Definir e propor acções de informação da população em geral sobre a problemática do envelhecimento, de forma a promover atitudes preventivas e a contribuir para a solidariedade intergerações. **2** - A Comissão Nacional para a Política de Terceira Idade funciona na dependência do Ministro do Emprego e da Segurança Social e é presidida por uma personalidade a nomear mediante despacho do Primeiro-Ministro. **3** - A Comissão Nacional para a Política de Terceira Idade é constituída por peritos e técnicos especialistas das questões do envelhecimento, em representação dos seguintes departamentos governamentais: a) Comunicação social; b) Cultura; c) Justiça; d) Finanças; e) Planeamento e Administração do Território; f) Educação; g) Obras Públicas; h) Transportes; i) Saúde; j) Emprego e Formação Profissional; l) Segurança Social; m) Comunidades Portuguesas. **4** - A Comissão Nacional para a Política de Terceira Idade articula-se com as instituições particulares de solidariedade social e as organizações não governamentais. **5** - As instituições particulares poderão integrar um conselho consultivo, nos termos a estabelecer no regimento a que se refere o n.º 8. **6** - A Comissão Nacional para a Política de Terceira Idade pode ainda desenvolver projectos em cooperação com as universidades e outras entidades de reconhecida competência no âmbito da investigação aplicada;

princípios contidos no Plano Internacional sobre o Envelhecimento, aprovado em 1982<sup>54</sup> em Viena, entre os quais se afirma que, sendo o: envelhecimento um processo que se estende ao longo de toda a vida, a preparação de toda a população para as últimas etapas da vida deverá fazer parte integrante das políticas sociais e entrar em linha de conta com os factores físicos, psicológicos, culturais, religiosos, espirituais, económicos, sanitários e outros.

Assim, a preparação para a entrada na fase não activa da vida implica a definição de estratégias e de planos nacionais que tenham em conta as necessidades específicas dos indivíduos de idade avançada, dando especial ênfase aos grupos de maior risco, nomeadamente as mulheres idosas; mas, para o efeito, requer-se, como é referido naquele plano, a existência de um «órgão pluridisciplinar e multisectorial junto dos governos, que poderia constituir um meio eficaz de assegurar que a questão do envelhecimento da estrutura da população seja considerada no processo do desenvolvimento».

#### **2.4.2. - Instrumentos de Intervenção enquanto Membro da União Europeia**

A centralidade das questões do envelhecimento na fase actual decorre não apenas do comportamento dos fenómenos demográficos um pouco por toda a Europa, mas também do balanço negativo das experiências de antecipação da idade da reforma que não tiveram impacto satisfatório na melhoria das perspectivas de emprego dos jovens e projectaram novos encargos sobre o orçamento da Segurança Social Portuguesa, num contexto de restrições financeiras da despesa pública.

Para reformar eficazmente os diapositivos de reformas e estancar a pressão demográfica é indispensável que o nível de emprego aumente e que as pessoas idosas disponham de opções viáveis para se manter na vida activa. Nesta perspectiva, a tipologia de reformas dos Estados-Membros da UE têm procurado aumentar os incentivos para retardar a passagem à reforma, encorajar os trabalhadores a desenvolver os planos de poupança individual, divulgar melhor informação das opções disponíveis.

---

<sup>54</sup> Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, de 26/07 a 06/08;

Neste sentido, afigura-se a indispensável procura de soluções que combinem o estímulo ao emprego e à melhoria das qualificações sociais – incluindo o direito à saúde –, protecção social e a promoção de direitos e condições de trabalho.<sup>55</sup> A abordagem das questões do envelhecimento para a intervenção das políticas públicas tem constituído matéria relevante, nomeadamente nos domínios da dotação de equipamentos sociais e da reforma dos mecanismos de protecção social, designadamente no âmbito das diversas revisões da Lei de Bases da Segurança Social<sup>56</sup>. A visão do fenómeno do envelhecimento e as dimensões analíticas vão no sentido de valorizar os instrumentos de intervenção em dois grandes eixos: intervenções em matéria de apoios aos idosos, na dimensão da protecção social e como na condição de vida – habitat e saúde, e Intervenções em matéria de emprego e formação profissional, numa dupla perspectiva: a gestão do envelhecimento activo (instrumentos de natureza macro), e a qualificação dos recursos humanos ao nível das instituições prestadoras de serviços aos idosos.

#### **Quadro 9- Tipologia de Intervenções**

Quadro sucinto, da tipologia de intervenções mais relevantes na óptica do fenómeno do envelhecimento:

<b>Domínios de Política</b>	<b>Instrumentos de Intervenção</b>
<b>A) Protecção Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Flexibilizar os mecanismos de pensões de modo a permitirem combinar tempo de trabalho e reforma;</li> <li>✚ Eliminação de benefícios fiscais à reforma antecipada;</li> <li>✚ Estímulo à constituição de planos individuais de poupança;</li> </ul>
<b>B) Saúde / acção social</b>  <i>continua</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Prioridade às actuações em matéria de cuidados continuados;</li> <li>✚ Integração da componente saúde nos serviços comunitários, em especial no SAD – Serviço de Apoio Domiciliário;</li> <li>✚ Apoio à implementação de unidades de internamento temporário, de proximidade e de pequena dimensão, e de unidades residenciais especializadas para situações específicas (Alzheimer);</li> </ul>

<sup>55</sup> Na senda das referências da OIT – (Organização Internacional do Trabalho) relativos ao trabalho docente,

<sup>56</sup> XVII Governo Constitucional (2005-2009), Lei de Bases da Segurança Social - Lei n.º 4/2007, de 16 de Janeiro;

<i>continuação</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Promoção de medidas de incentivo à organização / implementação de serviços polivalentes de proximidade,</li> <li>✚ Apoio a iniciativas no âmbito da promoção do envelhecimento saudável;</li> </ul>
<b>C) Habitação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Implementação de programa de apoio à melhoria do habitat das pessoas idosas;</li> <li>✚ Apoio às iniciativas locais de melhoria da habitação e da acessibilidade;</li> <li>✚ Cumprimento da legislação em vigor sobre acessibilidades / eliminação de barreiras;<sup>57</sup></li> </ul>
<b>D) Mobilidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Promover a acessibilidade no âmbito dos transportes públicos;</li> <li>✚ Promover a acessibilidade às ajudas técnicas;</li> </ul>
<b>E) Conciliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ A relação entre a conciliação da actividade profissional com a vida familiar e o envelhecimento activo deve ser encarada na perspectiva de flexibilizar a gestão do tempo de trabalho dos activos idosos no sentido de apoiar os filhos empregados na gestão familiar, através do apoio aos netos;</li> </ul>
<b>F) Emprego</b>	<p><u>Referente às entidades de nível micro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Responsabilização dos corpos técnicos com base na definição de domínios de competências e responsabilidades;</li> <li>✚ Fixação de Recursos Humanos nas funções técnicas e de enquadramento, através da criação de incentivos;</li> <li>✚ (Re)organização das condições de trabalho facilitadoras do aproveitamento das características dos trabalhadores mais velhos;</li> </ul> <p><u>Referente às entidades de nível macro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Estabelecimento de programas de emprego a nível local e regional que valorizem as competências dos trabalhadores mais velhos;</li> <li>✚ Definição dos normativos de enquadramento dos perfis, acesso, formação específica, carreiras e remunerações dos profissionais dos serviços de âmbito gerontológico;</li> <li>✚ Proceder a uma avaliação “participada” da situação dos recursos humanos neste tipo de serviços;</li> <li>✚ Definir objectivos de curto e médio prazo para a profissionalização destes serviços;</li> </ul>

---

<sup>57</sup> A questão da habitação associada ao envelhecimento tem dois níveis de abordagem. Um remete para as normas construtivas de modo a assegurar um habitat amigável aos idosos, outro revela do problema das condições de vida dos idosos atingidos pela pobreza e deve ser enquadrado no acesso ao alojamento digno, no âmbito das políticas de combate à pobreza;

<b>G) Formação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Atribuição de prioridade à procura individual de formação por parte dos trabalhadores mais velhos;</li> <li>✚ Intervenção precoce em caso de desemprego dos trabalhadores mais velhos;</li> <li>✚ Reforço dos mecanismos de RVCC – Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências (Novas Oportunidades), garantindo uma maior cobertura dos trabalhadores em competências não formais, predominantemente mais velhos;</li> <li>✚ Reforço/reestruturado da oferta formativa inicial para os trabalhadores de 1ª linha nos serviços de âmbito gerontológico;</li> <li>✚ Apoio a programas de formação continuada para todos os serviços e categorias de pessoal;</li> <li>✚ Incentivos à formação especializada em Gerontologia;</li> <li>✚ Incentivo ao desenvolvimento de programas de preparação para a reforma;</li> </ul>
<b>H) Cidadania</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Promoção de medidas que favoreçam a participação das pessoas idosas na resolução dos seus problemas (apoio ao associativismo, informação sobre direitos, ...)</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria com base em: Cadernos Sociedade e Trabalho, Direcção-Geral – de Estudos, Estatística e Planeamento, Ministério do Trabalho e Segurança Social - MTSS<sup>58</sup>

## 2.5. - Protecção Social justa e forte:

### 2.5.1. - Enfrentar riscos de envelhecimento

Face a esta realidade, o Governo juntamente com os parceiros sociais e a generalidade das forças políticas, apresenta um pacote de medidas para a Protecção Social do séc. XXI, o objectivo destas medidas é duplo: reforçar a coerência estrutural do sistema de Segurança Social, e reforçar a sustentabilidade, na sua tripla dimensão – social, económica e financeira.

---

<sup>58</sup> QUARESMA, M<sup>a</sup> de Lourdes, (2006), “A Evolução das Aspirações e Necessidades da População Envelhecida – Novas Perspectivas de Actuação e Intervenção”, in PROTECÇÃO SOCIAL, Cadernos Sociedade e Trabalho, N<sup>o</sup> VII, Lisboa, pp 179-198;



Tendo em conta as suas características particulares, a adaptação do sistema de Segurança Social ao envelhecimento da população terá de passar necessariamente por uma melhor utilização dos recursos disponíveis e pelo estabelecimento de um novo equilíbrio entre direitos, deveres e responsabilidades. Entende-se que deverão ser introduzidos novos mecanismos que assegurem o sistema Segurança Social que se encontrará melhor preparado para enfrentar as consequências do envelhecimento da população, e que ao mesmo tempo procurem alterar as causas estruturais de tal fenómeno, em particular no que diz respeito à quebra continuada da natalidade.

Assim, considera-se que a primeira das medidas a adoptar, é a introdução de um factor de ponderação no cálculo das novas pensões, relacionado com a evolução da esperança média de vida, o Factor de Sustentabilidade<sup>59</sup>. O sistema da Segurança Social encontra-se hoje muito exposto à insustentabilidade futura, é pois então necessário introduzir um mecanismo de ponderação que permita ajustar o sistema à evolução demográfica que se venha a verificar efectivamente. As pensões futuras serão ajustadas em função de um designado Factor de Sustentabilidade, que evoluirá em função do rácio entre a actual e a futura esperança média de vida, permitindo que os futuros beneficiários de pensões se encontrem em igualdade relativa com os actuais pensionistas recebendo os recursos a que têm direito de modo ajustado ao maior número de anos em que previsivelmente deles beneficiarão.

## **2.6. - Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004/2010 aos seniores**

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010, visa contribuir no sector da Saúde, para atingir estes objectivos. No entanto cabe, às Administrações Regionais de Saúde, adequar, através dos seus Planos de Acção, as estratégias<sup>60</sup>, desenvolvendo-as, e tendo em conta as actividades já existentes, melhorando-as e adequando-as numa perspectiva multidisciplinar.

---

<sup>59</sup> Lei n.º 4/2007 de 16 de Janeiro, “Lei de Bases da Segurança Social”, aprova as bases gerais do sistema de Segurança Social (“LBSS”) revogando a Lei n.º 32/2002, de 20 de Dezembro.

<sup>60</sup> O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, fundamenta-se em três pilares: **1. Promoção de um Envelhecimento Activo ao longo de toda a vida:** Informar e formar as pessoas idosas sobre: A) Actividade física moderada e regular e as melhores formas de a praticar; B)

O prolongamento da vida, associado a uma baixa importante da fecundidade, tem conduzido ao envelhecimento da população. De facto, os progressos conseguidos pelo desenvolvimento em geral e pelas ciências da saúde em particular, contribuíram, de modo decisivo, para um aumento da esperança média de vida, de 30 anos, no decurso do século XX<sup>61</sup>, *este aumento da longevidade, ao qual Portugal não se encontra alheio apesar de se encontrar aquém dos padrões de alguns países europeus, causa impacto profundo na saúde pública.*

Numa população idosa<sup>62</sup> residente estimada em 1.901.153 pessoas<sup>63</sup>, que representa 17,87% da população portuguesa, com uma distribuição geográfica caracterizada por um

---

Estimulação das funções cognitivas; C) Gestão do ritmo sono-vigília; D) Nutrição, hidratação, alimentação e eliminação; E) Manutenção de um envelhecimento activo, nomeadamente na fase de reforma. **2. Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas de pessoas idosas - Identificar:** A) Os determinantes da saúde da população idosa; B) As dificuldades mais frequentes no acesso da população idosa aos serviços e cuidados de saúde; - Rastrear os critérios de fragilidade, através do Exame Periódico de Saúde (EPS); - Informar a população idosa e famílias sobre: A) Utilização correcta dos recursos necessários à saúde; B) Abordagem das situações mais frequentes de dependência, nomeadamente por *défices* motores, sensoriais, cognitivos, ambientais e sócio-familiares; C) Abordagem das situações demenciais, nomeadamente da doença de Alzheimer, assim como sobre a prevenção da depressão e do luto patológico; D) Abordagem da incontinência; E) Promoção e recuperação da saúde oral; F) Prevenção dos efeitos adversos da automedicação e polimedicação; G) Prestação de cuidados domiciliários a pessoas idosas doentes ou com dependência; - Orientar tecnicamente os prestadores de cuidados sobre: A) Tipos e adequação de ajudas técnicas; B) Abordagem da patologia incapacitante mais frequente nas pessoas idosas, nomeadamente fracturas, incontinência, perturbações do sono, perturbações ligadas à sexualidade, perturbações da memória, demências, nomeadamente doença de Alzheimer, doença de Parkinson, problemas auditivos, visuais, de comunicação e da fala; C) Melhoria da acessibilidade à informação sobre medicamentos; D) Adequação da prescrição medicamentosa às pessoas idosas; E) Abordagem da fase final de vida; F) Abordagem do luto; G) Programação, organização, prestação e avaliação de cuidados de saúde no domicílio; H) Abordagem multidisciplinar e intersectorial da saúde e da independência das pessoas idosas. **3. Promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas;** - Informar as pessoas idosas sobre: A) Detecção e eliminação de barreiras arquitectónicas, assim como sobre tecnologias e serviços disponíveis favorecedores da sua segurança e independência, como, por exemplo, o serviço de tele-alarque; B) Prevenção de acidentes domésticos e de lazer; C) Utilização, em segurança, dos transportes rodoviários; - Orientar tecnicamente os prestadores de cuidados sobre: A) Prevenção de acidentes domésticos, de lazer e rodoviários; B) Detecção e encaminhamento de casos de violência, abuso ou negligência em pessoas idosas.

<sup>61</sup> OMS; Comunicado 19/99, de 6 de Abril;

<sup>62</sup> Para fins estatísticos, as pessoas idosas são normalmente referenciadas a grupos de idades específicos, por exemplo, pessoas com 60 e mais anos, dependendo de factores culturais e individuais. (Cf. Organização Mundial da Saúde. *A life course perspective of maintaining independence in older age*. WHO's Ageing and Health. Genève, 1999). Não existe no entanto consenso quanto aos limites de idade dos grandes grupos que devem sustentar a análise do

maior envelhecimento do interior face ao litoral, a esperança de vida à nascença, em Portugal, é de 81,8 anos para as mulheres e de 75,8 anos para os homens<sup>64</sup>. O processo de envelhecimento demográfico, associado às mudanças verificadas na estrutura<sup>65</sup> e comportamentos sociais e familiares, determinará, nos próximos anos, novas necessidades em saúde, lançando enormes desafios aos sistemas de saúde no que se refere não apenas à garantia de acessibilidade e qualidade dos cuidados, como à sustentabilidade dos próprios sistemas e exigindo que, ao aumento da esperança de vida à nascença, corresponda um aumento da esperança de vida “com saúde” e sem deficiência.

Uma boa saúde<sup>66</sup> é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade<sup>67</sup>, uma vez que as pessoas idosas activas e saudáveis, para além de se manterem

---

envelhecimento. (Cf. INE. *As Gerações Mais Idosas*. Série de Estudos N.º. 83. Portugal, Lisboa, 1999). Neste documento consideram-se pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos;

<sup>63</sup> <http://www.ine.pt> (Última actualização destes dados: 31 de Maio de 2010), população residente, Portugal e NUTS III;

<sup>64</sup> Período de referência dos dados, 2007 – 2009, Esperança de vida à nascença por Sexo; Anual (Metodologia 2007 - Anos), INE, Indicadores Demográficos, (*Última actualização destes dados: 28 de Maio de 2010*);

<sup>65</sup> “As famílias unipessoais de idosos têm crescido nos últimos anos, principalmente as famílias unipessoais de mulheres”.(Cf. INE. *As Gerações Mais Idosas*. Série de Estudos N.º. 83. Portugal. Lisboa, 1999)

<sup>66</sup> Cf. Observações ONSA, N.º. 16; (consumo de cuidados médicos pela população portuguesa), segundo os dados obtidos pelos Inquéritos Nacionais de Saúde - (INS), da responsabilidade, do extinto Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS) em conjunto com a Direcção-Geral de Saúde (DGS) e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge: o 1º INS em 1987, 2º INS em 1995/1996, o 3º INS em 1998/1999; o 4º INS realizado em Fevº de 2005 a Fevº de 2006; os Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) são operações estatísticas realizadas periodicamente por amostragem e por entrevista, com o objectivo de se obterem indicadores sobre o estado de saúde e factores que o determinam para a população residente em Portugal, contribuem para o planeamento e para a avaliação dos programas de saúde nacionais; os INS são operações estatísticas do Sistema Estatístico Nacional, permitirão responder a solicitações de organismos internacionais, nomeadamente a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Organismo Estatístico Europeu (Eurostat) e a Organização para o Desenvolvimento e Cooperação na Europa (OCDE);

<sup>67</sup> WHO; *Ageing-exploding the myths. Ageing and Health programme (AHE)*. Geneva: 1999: 1-21; in WHO. *Ageing and Life Course. Men, Ageing and Health. Achieving health across the life span. Non communicable Diseases and Mental Health Cluster. Non communicable Diseases Prevention and Health Promotion Department. Ageing and Life Course Unit*.WHO/NMH/NPH/01.2. Geneva.2001;

autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias<sup>68</sup>.

Na verdade, os domínios da saúde e da qualidade de vida são complementares, sobrepondo-se parcialmente, sendo importante distinguir o envelhecimento normal<sup>69</sup> do processo de envelhecimento que é fortemente influenciado por factores nocivos, como os efeitos adversos dos ambientes, dos estilos de vida desadequados e dos estados de doença.

A saúde é, assim, o resultado das experiências passadas em termos de estilos de vida, de exposição aos ambientes onde se vive e dos cuidados de saúde que se recebem<sup>70</sup>, sendo a qualidade de vida, nas pessoas idosas, largamente influenciada pela capacidade em manter a autonomia<sup>71</sup> e a independência<sup>72</sup>.

A realidade mostra-nos, no entanto, que os últimos anos de vida são muitas vezes acompanhados, apesar dos enormes progressos da medicina nas últimas décadas, por aumento das situações de doença e de incapacidade, frequentemente relacionadas com situações susceptíveis de prevenção. A promoção da saúde<sup>73</sup> e os cuidados de prevenção,

---

<sup>68</sup> WHO; *Active Ageing. A Policy Framework*. A Contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April 2002;

<sup>69</sup> “Envelhecimento normal”- representa as alterações biológicas universais que ocorrem com a idade e que não são afectadas pela doença e pelas influências ambientais, (WHO, 1994). (Cf. World Health Organization. *Men, Ageing and Health. Achieving health across the span*. Geneva, 2001);

<sup>70</sup> KALACHE, A.; Lunenfeld, B. WHO and International Society for the Study of the Ageing Male, in WHO/NMH/NPH/01.2. Geneva.2001;

<sup>71</sup> Autonomia é a capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências. (Cf. WHO. *Active Ageing, A Policy Framework*. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April, 2002);

<sup>72</sup> A Independência é habitualmente entendida como a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária – ou seja, a capacidade de viver de forma independente na comunidade, sem ajuda ou com pequena ajuda de outrém. As actividades da vida diária (ADLs) incluem, por exemplo, tomar banho, alimentar-se, utilizar o W.C. e andar pela casa. As actividades instrumentais da vida diária (IADLs), incluem actividades como ir às compras, realizar tarefas domésticas e preparar as refeições. (Cf. Ibidem);

<sup>73</sup> A promoção da saúde, constituindo um processo para dar às populações os meios de assegurar um maior controle sobre a sua própria saúde e de a melhorar, representa um processo global, que compreende não só as acções que visam reforçar as aptidões e capacidades dos indivíduos, mas também as medidas que visam alterar a situação social, ambiental e económica, de modo a reduzir

dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade<sup>74</sup>.

Tendo em conta os determinantes comportamentais de um envelhecimento activo ao longo da vida, a adopção de estilos de vida mais saudáveis e uma atitude mais participativa na promoção do auto-cuidado serão fundamentais para se viver com mais saúde e por mais anos, contrariando um dos mais frequentes mitos negativos. As prevenções primária, secundária e terciária da deficiência, incapacidade, desvantagem e dependência na população idosa constituem assim, tendo em conta as diferenças com a idade e o género, uma abordagem prioritária e indispensável do sector da saúde no quadro da manutenção, o mais tempo possível, da máxima autonomia e independência daquelas pessoas, obrigando, concomitantemente, a uma mudança de mentalidades e de atitudes da população face ao envelhecimento e a uma intervenção intersectorial, em todos os níveis da sociedade, que promova a adaptação e melhoria dos enquadramentos ambientais e de suporte às suas principais necessidades.

Por outro lado, quer do ponto de vista fisiológico quer psicológico, os determinantes da saúde<sup>75</sup>, à medida que se envelhece, também estão ligados ao género<sup>76</sup>. Há, pois, que considerar estas especificidades, as quais determinam, por exemplo, que os homens podem esperar viver, em termos relativos e de um modo geral, mais tempo sem incapacidade física de longa duração, apesar da esperança de vida ser superior para as mulheres<sup>77</sup>.

Uma abordagem que respeita as especificidades do género tem em conta não apenas as diferenças biológicas entre homens e mulheres, mas, também, a construção dos papéis

---

os seus efeitos negativos sobre a saúde pública e sobre a saúde das pessoas. (Cf. OMS. *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*, Génève, 1986);

<sup>74</sup> EUROLINK AGE; Journal of Health Gain 1997, WHO 1995, US Department of Health and Human Services, 1990;

<sup>75</sup> Os determinantes da saúde são os factores pessoais, sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde, determinando o estado de saúde dos indivíduos e das populações. São múltiplos e interagem uns com os outros. (Cf. WHO/HPR/HEP/98.1., *Glossaire de la Promotion de la Santé*. Genève, 1999);

<sup>76</sup> KALACHE, A.; Lunenfeld, B. WHO e International Society for the Study of the Ageing Male, in WHO/NMH/NPH/01.2, Geneva, 2001;

<sup>77</sup> INE; INS, ONSA, «Esperanças de vida sem incapacidade física de longa duração.» Portugal Continental, 1995/1996;

sociais que dão forma à identidade, através da vida, de cada um dos sexos. Ou seja, uma abordagem segundo o género permite compreender as diferenças nas necessidades sociais e de saúde entre homens e mulheres, de acordo com os diferentes modos como ambos vivem e envelhecem<sup>78</sup>. A cultura e o género, sendo determinantes transversais,<sup>79</sup> influenciam os outros determinantes de um envelhecimento activo, interferindo não apenas na forma como as gerações se inter-relacionam, como nos comportamentos relativamente à saúde e à doença.

A prevalência de Acidente Vascular Cerebral (AVC) aumenta com a idade, de 3% aos 65 anos para 30% aos 85 e mais anos, sendo o AVC uma importante causa de morte e de séria deficiência na União Europeia<sup>80</sup>. Refira-se que as pessoas com doença cardiovascular têm um mais elevado risco, estimado em cerca de 30%, de desenvolverem demência, incluindo a doença de Alzheimer<sup>81</sup>. No que se refere à doença de Parkinson, a sua prevalência aumenta de 0,6% aos 65 anos, para 3,5% aos 85 e mais anos, sendo uma das doenças crónicas neuro degenerativas mais comuns na população idosa.<sup>82</sup>

Em Portugal, as principais causas de mortalidade a partir dos 64 anos, tanto para homens como para mulheres, são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, sendo que estes têm um peso particularmente grave na mortalidade masculina<sup>83</sup>,

---

<sup>78</sup> WHO; *Ageing and Life Course. Men, Ageing and Health. Achieving health across the life span*. Non communicable Diseases and Mental Health Cluster. Non communicable Diseases Prevention and Health Promotion Department. Ageing and Life Course Unit. WHO/NMH/NPH/01. 2. Geneva. 2001;

<sup>79</sup> WHO; *Active Ageing. A Policy Framework*, 2002;

<sup>80</sup> FERRINHO, P.; BUGALHO, M.; PEREIRA MIGUEL, J. “*For Better Health in Europe*. Report with the support of the European Commission” (Lisboa, Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal 2001);

<sup>81</sup> [www.harrisonsonline.com](http://www.harrisonsonline.com). News; Cardiovascular Disease Leads to Higher Risk of Dementia (Pittsburgh, May 10, The Macgraw-Hill Companies, 2001- 2002);

<sup>82</sup> FERRINHO, P. BUGALHO, Margarida, P. MIGUEL, J. *For Better Health in Europe*. Report with the support of the European Commission. (Lisboa, Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Portugal 2001), (O cancro da próstata é actualmente, na UE, a segunda causa de morte nos homens);

<sup>83</sup> FERRINHO, P. Bugalho, Margarida. P. Miguel, José. *For Better Health in Europe*. Report with the support of the European Commission, (Lisboa, Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal 2001);

estando a aumentar, o que também se observa, em ambos os sexos, nas doenças do aparelho respiratório<sup>84</sup>. É de realçar o facto de Portugal ser o País da União Europeia com a mais elevada mortalidade masculina e feminina, acima dos 65 anos<sup>85</sup>, ver em Quadro nº 8.

---

<sup>84</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE; Relatório de 2001 do Director-Geral e Alto Comissário da Saúde; Ganhos de Saúde em Portugal, (Lisboa, Direcção-Geral da Saúde 2002);

<sup>85</sup> FERRINHO, P.; BUGALHO, Margarida; P MIGUEL, J. *For Better Health in Europe*. Report with the support of the European Commission. (Lisboa, Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal 2001);

**Quadro 8 - Mortalidade acima dos 65 anos de vida**

Período de Referência: Ano de 2008

Regiões	Causas Externas		Aparlh. Respiratório		Aparlh Circulatório		Tumores Malignos		Causas Maldefinidas		Doenç. Isqu.Coração		Aparlh.Digestivo	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Norte	869	228	165,9	71,2	491,6	261,8	1494,9	839,1	937,8	286,6	133,2	32,9	359,2	149,9
Centro	1189,9	295,9	162,4	110,4	540,4	249,1	1384,9	936,3	891,5	274	166,2	49,3	357,4	151,4
Lisboa	1001	265,8	216,4	104,1	982,7	382,9	1534,5	1019,6	613	204,7	477,3	112	340,8	92,8
Alentejo	1445,8	463,5	254,1	62,1	884,5	385,4	1447,9	1135,3	616,2	265	355,8	140,3	530,1	99,2
Algarve	1680,6	354,9	260,9	94,3	1282,6	338,4	1811,2	987	557,5	174,7	529,7	144,2	420,8	59,6
Total	6186,3	1608,1	1059,7	442,1	4181,8	1617,6	7673,4	4917,3	3616	1205	1662,2	478,7	2008,3	552,9

Elaboração própria - *Quadro extraído em 20 de Janeiro de 2010 (17:38:14)*

Fonte: <http://www.ine.pt> - (Última actualização destes dados: 30 de Novembro de 2009)



Há, no entanto, que ter em atenção que muitos dos factores determinantes da saúde das pessoas idosas e do impacto sobre as suas famílias, ultrapassam os limites da acção do sector específico da saúde, nomeadamente os relacionados com a segurança e inadaptação dos ambientes urbanos ou rurais e os relacionados com a protecção social, a habitação<sup>86</sup> e os transportes, a educação e o trabalho formal e informal, a violência, a negligência ou os abusos<sup>87</sup> físico, psicológico, sexual ou financeiro. Deste modo, o Plano Nacional de Saúde assenta numa visão multidisciplinar e multi-sectorial de actuação integrada, procurando complementar as acções desenvolvidas pelos diversos sectores, cuja acção influencia a melhoria da saúde e do bem-estar das pessoas idosas.

Sendo que existem múltiplas iniciativas e medidas dirigidas às pessoas idosas em vários sectores e a vários níveis da sociedade, não existe, ainda, uma estratégia nacional, regional e local, verdadeiramente cimentada, que promova o envolvimento das várias medidas numa perspectiva integrada, ao longo da vida, para um envelhecimento activo.

O modelo actual de prestação de cuidados de saúde, ainda muitas vezes mais organizado para responder aos episódios agudos de doença, torna-se portanto desadequado, para responder às necessidades de saúde de uma população em envelhecimento. De facto, gerando internamentos evitáveis, com desperdício de recursos, acaba por determinar o aparecimento de dependências e, até, o esgotamento das famílias, cujos recursos e disponibilidade não encontram suporte em serviços de proximidade e de apoio ao domicílio.

Estes factos obrigaram à rápida aplicação de um modelo conceptual integrado, consubstanciado na Rede de Cuidados Continuados de Saúde, que se propõe promover a manutenção das pessoas idosas no seu meio habitual de vida e melhorar a equidade do acesso

---

<sup>86</sup> Cerca de 11% dos agregados com idosos, em Portugal, não possuem instalações sanitárias. (Cf. INE. *As Gerações Mais Idosas*. Série de Estudos n.º. 83, Lisboa, 1999);

<sup>87</sup> Abuso das pessoas idosas é: um acto simples ou repetido, ou ausência de actuação apropriada em qualquer relação em que se tem uma expectativa de confiança, que causa dano ou angústia a uma pessoa idosa, (de acordo com a rede Internacional para a Prevenção do Abuso das Pessoas Idosas, *Action on Elder Abuse*, 1995);

daquelas pessoas a cuidados de qualidade, flexíveis, transitórios ou de longa duração, assegurando a continuidade de cuidados, ou seja, a transição, sem hiatos e ao longo do tempo, das pessoas em situação de dependência entre os diferentes tipos de respostas e níveis de prestação de cuidados de saúde e de apoio social, com ganhos em anos de vida com independência.

Tal modelo tanto mais êxito terá, quanto mais assentar na cooperação, através do estabelecimento de parcerias, que criem sinergias entre experiências, competências e recursos, entre os diferentes sectores da sociedade e com respeito pelos princípios éticos da transparência, responsabilidade e compreensão mútuos<sup>88</sup>. O Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que agora se apresenta, para além de se ter inspirado em recomendações sobre política para a população idosa, emanadas por organizações internacionais, nomeadamente no Plano de Acção Internacional para o Envelhecimento 2002.<sup>89</sup>

São igualmente observados neste âmbito, os princípios das Nações Unidas a favor das pessoas idosas<sup>90</sup>, nomeadamente da independência, participação, auto-realização e dignidade. Observa, ainda, os princípios de que o envelhecimento ocorre ao longo de toda a vida, de que as pessoas idosas são um grupo heterogéneo e de que a diversidade individual, que se acentua com a idade<sup>91</sup>, deve ser respeitada, assim como preservada a sua intimidade.

## **2.7. – Carta Social**

### **2.7.1. - Instrumento de Intervenção Social enquanto Política Social**

A Carta Social teve seu início de implementação através do “Estudo de Localização e Caracterização dos Equipamentos e Serviços Sociais” que data desde o último trimestre do ano

---

<sup>88</sup> OMS; Declaração de Jakarta. “Quarta Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde”, 21 a 25 de Julho de 1997, Jakarta;

<sup>89</sup> Envelhecimento. *Plano Internacional de Acção para o Envelhecimento 2002*, documento provisório, Madrid, 12 Abril 2002;

<sup>90</sup> Assembleia Geral das Nações Unidas de 16 de Dezembro de 1991, Resolução 46/91, princípios das Nações Unidas a favor das Pessoas Idosas;

<sup>91</sup> WHO; *Active Ageing. A Policy Framework*. A Contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April 2002;

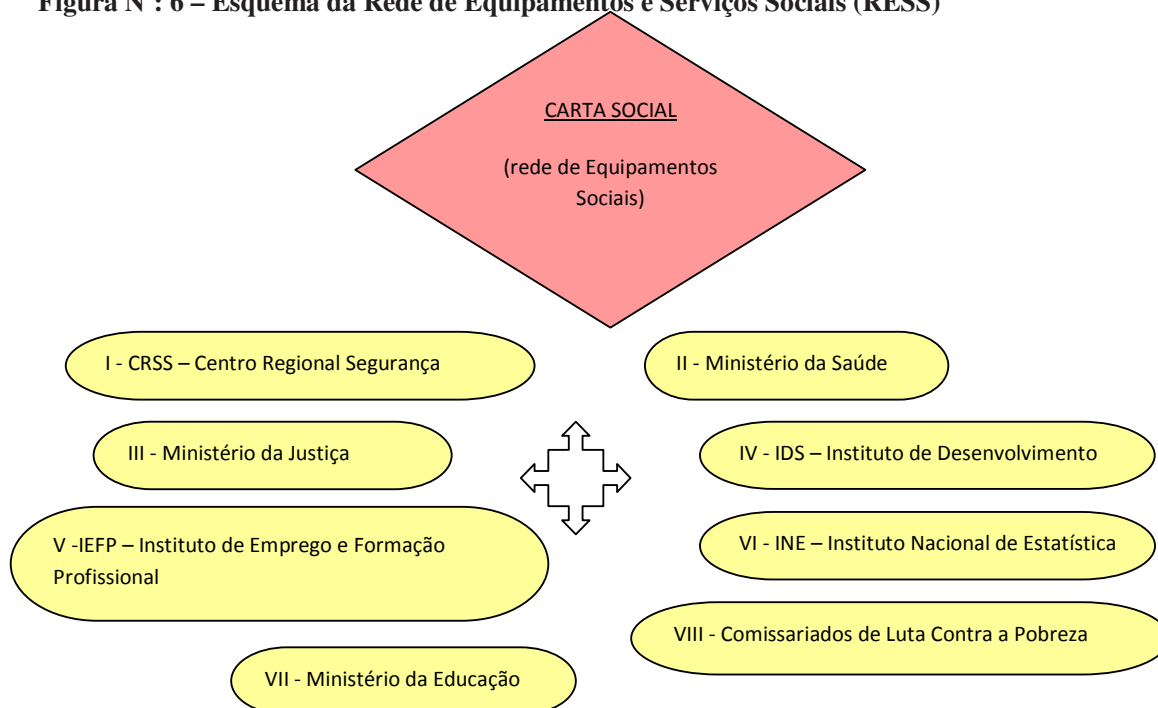
de 1998 e primeiro trimestre do ano de 1999, desde a sua concepção tem consistido num instrumento de extrema importância, pretende ser de igual modo um multi-usos de extrema flexibilidade no domínio da investigação social nas diversas realidades sociais, preparação na tomada de decisões e facilitação do acesso à informação por parte dos cidadãos, visa também, disponibilizar informação sobre as dinâmicas sociais nos diversos territórios e do grau de disponibilidade de serviços sociais.

Trata-se assim de um instrumento dotado de mecanismos de flexibilidade e complementaridade entre métodos administrativos e censitários de recolha de dados, a Carta Social tem sido alvo de constante aperfeiçoamento com vista a ampliar as suas potencialidades na produção de informação relevante e consistente à utilidade pública, vocacionada para dar a conhecer aos cidadãos a rede de serviços e equipamentos sociais tutelados pelo o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Como apoio à tomada de decisão, pretende fornecer aos diferentes actores sociais, públicos e privados, informação integrada para a correcta determinação do volume do esforço e da localização prioritária da intervenção social, nomeadamente traduzida em investimento público.

A Carta Social, enquanto instrumento de informação social, ao disponibilizar as tendências do comportamento das principais variáveis da Rede de Equipamentos e Serviços Sociais (RESS) pretende contribuir para o desenvolvimento do conhecimento nos diferentes domínios de intervenção social, na preparação da tomada de decisão, no apoio à cooperação institucional e, em particular, na melhoria da informação ao cidadão, integra também progressivamente informação a outras áreas da intervenção social no domínio das políticas sociais.

### 2.7.2. - Dinâmica da Rede

Figura Nº: 6 – Esquema da Rede de Equipamentos e Serviços Sociais (RESS)



Elaboração própria com base na fonte: “Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos”<sup>92</sup>

A Carta Social que agora se apresenta vem *preencher* uma lacuna no nosso sistema de solidariedade, ao disponibilizar a todos cidadãos a informação a que têm direito sobre as respostas que encontram disponíveis para as suas necessidades. É um instrumento que introduzirá melhorias significativas no planeamento dos investimentos a realizar, ao permitir critérios mais finos de equidade, justiça e equilíbrio em termos de distribuição regional e urgência social. Revela ainda o esforço que no nosso país tem vindo a ser feito por diversas instituições públicas de solidariedade social - IPSS, por entidades privadas de solidariedade, por empresas, no desenvolvimento de serviços sociais prestados às pessoas, às famílias e às colectividades.

---

<sup>92</sup> Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento, colaboração com: Instituto para o Desenvolvimento Social (IDS) – Ministério do Trabalho e da Solidariedade, “Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos”, 2007;

A Europa, num quadro histórico em que Portugal participou de forma pioneira e inovadora, foi em séculos passados o espaço onde primeiro se afirmaram os direitos dos cidadãos à liberdade e à iniciativa individual. A essa primeira geração de direitos de cidadania seguiu-se uma outra, na qual o nosso país apenas participou inicialmente, relativa à igualdade de todos perante a lei, traduzida num conjunto de direitos políticos universais.

Quando esses direitos se consolidaram noutros países, Portugal encontrava-se sob ditadura que igualmente lhe cerceou o acesso a uma terceira geração de direitos marcados pelos valores da solidariedade, da coesão social e da equidade, numa altura em que eles se afirmaram por quase todo o espaço que hoje constitui a União Europeia.

Os direitos sociais acrescentam à condição dos cidadãos livres e iguais perante a lei, o direito a uma vida digna, à plena participação na sociedade em que habitam e à fruição dos recursos essenciais que essa sociedade pode disponibilizar. Trata-se de bens tão essenciais como o rendimento capaz de suportar autonomamente níveis de vida com qualidade mínima, o emprego com qualidade compatível com as qualificações, a saúde ou a educação. Mas também se trata de outros bens igualmente importantes, como o acesso ao conhecimento, à cultura e ao lazer, à habitação, à protecção na velhice, na invalidez, na deficiência ou perante outros riscos sociais, à vida comunitária, ao apoio à família e a todos os que dele necessitem.

O exigente e competitivo mundo moderno, para o qual buscam-se contribuições no sentido de o tornar também mais justo, coloca novos desafios às políticas sociais. As rápidas mudanças que se produzem na nova economia do conhecimento e na sociedade da informação, a necessidade de garantir a sustentação futura do sistema segurança social, o envelhecimento da população, o desemprego, o multiculturalismo e as mudanças nas formas de organização familiar e da participação das mulheres na vida social, são elementos do contexto em que se jogam esses desafios.

## **2.8. – Perspectivas de Actuação a uma População Envelhecida**

### **2.8.1. – Necessidades de Formação Profissionalizada e de Qualidade**

Conforme Quaresma (2006) novas e acrescidas potencialidades e oportunidades de acesso a melhores condições de existência conduzem a maiores exigências e expectativas de qualidade de vida, ao mesmo tempo que este ambiente de maiores oportunidades e de grandes transformações é portador de riscos, nesta perspectiva, faz-se menção que na esfera do rendimento (protecção social), como nas condições de vida (habitat e saúde), fundamentando a necessidade de emprego e formação profissional, a nível macro – gestão do envelhecimento activo, tais como na qualificação dos recursos humanos das instituições prestadoras de serviços gerontológicos.

Expressões como “sociedade da informação” e “economia do conhecimento” são cada vez mais correntes na linguagem do dia a dia, traduzem uma realidade em mutação rápida e profunda, com consequências não apenas ao nível das tecnologias que se aplicam hoje na esfera económica, mas em todos os aspectos da organização das sociedades. Neste âmbito as mutações sociais tornaram-se, a par de outros fenómenos, evoluções tecnológicas, aumento de escolarização, terciarização da economia, a feminização do emprego e tantos outros. Parte-se, assim, da premissa que na realidade actual, começam a ser numerosas novas gerações mais escolarizadas, com melhor qualificações profissionais, maior acesso aos mecanismos da protecção social, mais cultas, detentoras de maiores patrimónios e potencialmente mais saudáveis, nomeadamente as mulheres estão mais fortemente representadas neste grupo e começam a ser significativos os casos de existência de um percurso profissional estruturante da idade adulta, (ainda que marcado por discontinuidades) este é um facto novo, indicador na feminização do emprego e de grandes alterações nos comportamentos familiares sociais, ao mesmo tempo que vai indiciando novas expectativas e comportamentos.

As famílias manifestam crescentes necessidades de apoio em relação aos seus membros das gerações mais idosas – a população portuguesa está a envelhecer, ora mais de que um

problema, o fenómeno representa em si mesmo um enorme progresso, visto muitas das vezes nem ser sempre possível assegurar qualidade de vida às pessoas idosas, principalmente aos muito idosos que vão perdendo a sua autonomia e uma vida digna e aceitável compatível com as mutações das sociedades modernas. Envelhecer com autonomia e ter o apoio da família são as âncoras do futuro, ter acesso a vigilância periódica de saúde, ter informação, ter ocupação e poder permanecer na sua habitação mesmo em situações de dependência, constituem o grande espectro das expectativas. Para os que já são utilizadores dos serviços sociais, observa-se alguma diferenciação – actividades ocupacionais, mais convívio a nível temático, pedagógico e cultural, melhor capacidade de escuta e de relação por parte dos profissionais.

Assim, deverão ser reajustados e introduzidos novos procedimentos de funcionamento de respostas às populações mais carenciadas - nomeadamente à população idosa – ganhando transparência e participação ao nível da gestão, aumentar o foco nas necessidades concretas de cada pessoa ou comunidade, privilegiando respostas polivalentes e integradas, tais como apoio domiciliário integrado, as unidades de apoio integrado e outras valências, articulando de forma estreita com as redes locais, sendo que estas se devam assumir como verdadeiros agentes de desenvolvimento social local.

As variações diferenciais poderão interferir na forma como se vive e gere a vida no processo de envelhecer e que resultam de capitais culturais e económicos diferenciados, reflectem-se noutros campos, nomeadamente no que respeita às aspirações e às formas de ocupação do tempo. Contudo este grupo de população portuguesa, idosa, tem dificuldade em sair dos padrões socialmente instituídos, sobretudo quando questionados sobre o tipo de serviços e/ou equipamentos sociais desejáveis, revelam ter fraco sentido crítico e incapacidade de sair dos paradigmas<sup>93</sup>daquilo que é conhecido e reconhecido enquanto tal, reflectindo uma evidente dificuldade em identificar novas soluções.

---

<sup>93</sup> Relatório Final, de Maio de 2005, desenvolvido pela empresa Espaço e Desenvolvimento para o Instituto de Emprego e Formação. Formação da equipe: Ana Fernandes (Coord), Susana Graça (Coord.-Adjunta), Custódio Conim, Emília Andrade Maria de Lourdes Quaresma e A. Oliveira das Neves e F. Ribeiro Mendes (consultores);

Os problemas identificados como mais prementes, são a solidão /isolamento, associada à rarefacção das redes de sociabilidade primária e à escassez de respostas adequadas às situações de saúde e de dependência. A sinalização destas questões, que influenciam são o habitat (acessibilidade / mobilidade), desenvolvimento pessoal (lazer e cultura lúdica), expressam assim a evolução da procura. A visão prospectiva em termos de novos serviços e a importância às funções de novas formas de actuação (cuidar), de acompanhar, de reabilitar, referidas às perspectivas de evolução das necessidades de qualificação e de diversificação dos recursos humanos, revela uma manifesta percepção das novas dinâmicas de procura geradas pela chegada à reforma de gerações com vivências e expectativas construídas num contexto de alongamento da vida adulta, cada vez mais interiorizado como uma nova etapa, em que o desenvolvimento pessoal tem um lugar de relevo.

Novas exigências de saber estão cada vez mais na ordem do dia, ou seja, os promotores dos serviços estarão sob a pressão de necessidades, problemas e universos de procura cada vez mais diversificados, num contexto marcado pelos progressos do conhecimento que é imperativo aplicar, mas que obriga ao investimento na formação continuada e especializada, apelando sempre à inovação e à profissionalização com forte componente nas capacidades pessoais e relacionais. A qualificação dos recursos humanos constitui uma estratégia incontornável, indissociável de práticas de gestão exigentes e realistas, centradas no conhecimento e para o conhecimento do Homem que envelhece, nos seus sítios, na sociedade, no mundo que construiu e constrói. Assim, as acções de formação permanente a incentivar/adequar, tem como base os referenciais programáticos em função do perfil, funções e competências, capacidades a adquirir pelos profissionais, upgrade de formação inicial, situações de maior especificidade e complexidade, tais como doentes de Alzheimer e de Parkinson.

Na situação portuguesa as perspectivas de futuro estão fortemente condicionadas pela rigidez de serviços, por sua vez associadas a défices de política nesta área (visões assistencialistas dos problemas do envelhecimento), assim um conjunto de novas actividades está a emergir com a evolução das expectativas das pessoas que avançam em idade. Integrar o envelhecimento como uma componente transversal das políticas sociais, gerar dinâmicas de envelhecimento/oportunidade que desconstrua “preconceitos”, sendo que por vezes veiculam concepções “fatalistas” do envelhecimento, está longe das políticas e das práticas, velhos e novos



problemas coexistem, entre eles há diferenças mal equacionadas que não facilitam a compreensão / dinâmica do que é comum e do que pode ser futuramente diferente.

As actuais gerações idosas são as primeiras a ter a experiência de a novos riscos, (contudo são os que mais podem fazer), investindo na prevenção e maior controlo sobre os mesmos, na esfera das políticas públicas desempenham um papel principal, ou seja, na equidade da gestão dos recursos e das oportunidades, no investimento/conhecimento a disponibilizar, nos saberes: “o quê”, “como” e “onde” intervir de forma adequada e sistémica, direccionada em função de problemas e das potencialidades. Conhecimento que não pode dispensar a análise dos modelos de reforma, a partir dos quais se podem identificar necessidades, expectativas e oportunidades. Dados através da observação empírica, relatam que um crescente número da “corrida” às universidades da 3ª idade e similares.

Neste contexto sucinto, constitui assim, uma aproximação às tendências de evolução das condições de vida dos que se encaminham para a situação de reforma bem como dos que se inserem no grupo dos recém-reformados. No entanto, em que embora a persistência de fragilidades estruturais que a informação dispõe, o que parece evidente é o aumento dos reformados menos idosos e a tendência para melhorias globais.

Assim, nesta continuidade, é possível admitir que entre os activos que se aproximam ou se integram no grupo dos reformados estão os que, com um percurso social e profissional resultante do acesso a melhores níveis de vida, designadamente de qualificação e de rendimentos, constituem uma “nova geração” mais equipada para enfrentar a transição da vida activa institucionalmente reconhecida para uma vida mais criativa socialmente “reconhecida”.

As diferentes gerações de adultos mais velhos continuarão, assim e num futuro próximo, a evidenciar fortes desigualdades perante a vida e, consequentemente perante a velhice. Para além da melhoria dos serviços existentes, revela percepção das novas dinâmicas de procura geradas pela chegada à reforma de gerações com vivências e expectativas construídas num contexto de alongamento da vida adulta cada vez mais interiorizado como etapa nova, em que o desenvolvimento pessoal tem um lugar de relevo.

Nesta linha, será coerente admitir que seja possível, num futuro muito próximo que os serviços institucionalizados se estruturam em função das necessidades destas novas gerações de pré e pós reformados, na promoção da autonomia / desenvolvimento pessoal, na melhoria do habitat e da acessibilidade, serviços de proximidade e polivalências, serviços especializados de acolhimento temporário e de longa duração para as situações de maior complexidade em termos de cuidados e de acompanhamento.

## **2.9. - Medidas Sectoriais**

Para além das políticas anteriormente mencionadas, em Portugal, existem outros programas de protecção social para idosos, tais como, Programa de Apoio Integrado aos Idosos – PAII<sup>94</sup>, proposta inovadora do Ministério da Saúde e do Emprego e Segurança Social, visa de forma demonstrativa, evidenciar os direitos das pessoas idosas a uma vida condigna, qualquer que seja o seu estado de saúde ou situação familiar e social, promovendo a sua inclusão e a sua melhoria da qualidade dos cuidados que lhe são prestados em resposta às necessidades diagnosticadas, tem como por objectivo promover autonomia das pessoas idosas no domicílio, melhorar a qualidade, a mobilidade e acessibilidade a serviços.

Apesar de a oferta de equipamentos e serviços (lares, centros de dia, apoio domiciliário, ...) ter vindo a aumentar durante as últimas décadas, muito à custa das iniciativas do chamado terceiro sector (privado não lucrativo)<sup>95</sup>, a procura continua a exceder a oferta, assim nesta continuidade foi criado o Programa Idosos em Lar - PILAR<sup>96</sup>. No âmbito nacional foi criado, em

---

<sup>94</sup> Programa de Apoio Integrado a Idosos – (PAII), criado pelo Despacho Conjunto do Ministro da Saúde e do Ministro do Emprego e da Segurança Social, de 1-7-1994. DR nº. 166, II Série, de 20-7-1994 - SS (2006) – Programa de Apoio Integrado a Idosos. Disponível em: <http://www.segsocial.pt/> (2006/02/25);

<sup>95</sup> No domínio dos cuidados a idosos, o terceiro sector é, de longe, o que tem maior peso detendo 81,9% da oferta de lares, 85% da oferta de Centros de Dia, 89% da oferta de Centros de Convívio e 62,5% da oferta de residências (Guerreiro, 2000);

<sup>96</sup> O PILAR foi criado por Despacho de Secretário de Estado da Inserção em 20 de Fevereiro de 1997, com o objectivo de estimular a oferta de lares e de outras respostas residenciais;

2001 o Plano Nacional de Acção para a Inclusão - PNAI<sup>97</sup>, tem como objectivo, desenvolver o sector dos serviços de apoio domiciliário, através de um aumento da oferta destes serviços, bem como do alargamento dos seus horários de funcionamento, prevendo o regime ao fim de semana. Por outro lado, a nível regional, têm surgido algumas medidas inovadoras, com é o caso da rede AJUDA<sup>98</sup>, inscrita no plano regional de emprego do Alentejo, esta medida pretende incentivar a criação de respostas de apoio social através de acções de formação para prestadores de serviços às famílias, através da concessão de apoios financeiros e de outra natureza para a criação de iniciativas empresariais neste domínio.

Para idosos dependentes há respostas como, Serviços de Apoio Domiciliário Integrado – SADI, sob o Despacho Conjunto nº 407/98 de 18/06, no sentido de melhorar os cuidados prestados e a humanização dos mesmos, evitando que o idoso após a alta hospitalar ou em situação de doença prolongada se sinta “*abandonado*” no seu domicílio e sem cuidados de enfermagem e/ou sociais; no seguimento deste serviço é criado o Serviço de Apoio Domiciliário – SAD, este serviço tem como função básica a higiene diária pessoal do idoso, alimentação, tratamento de roupa (lavandaria), limpeza no domicílio, seguimento da toma de medicamentos, prestação de serviços de transporte às várias necessidades do utente, visa de igual modo, auxiliar a família residente com o idoso, e entre outros serviços. As Unidades de Apoio Integrado – UAI, de igual modo do Despacho Conjunto nº 407/98 de 18/06, visavam prestar cuidados temporários, globais e integrados a pessoas que, por motivo de dependência, não podiam, de acordo com a avaliação médica, manter-se apoiados no seu domicílio, mas não careciam de cuidados clínicos em internamento hospitalar. O Plano Avô<sup>99</sup>, surge no âmbito do PAII, este traduz-se num conjunto de medidas que visam a identificação dos utentes das redes de apoio a idosos, e das infra-estruturas e respectivo equipamentos dos lares de idosos. Este quadro permite desenvolver um processo de certificação da qualidade das instituições prestadoras de serviços de apoio a idosos e simultaneamente apostar na formação de recursos humanos desenvolvidos.

---

<sup>97</sup> O PNAI foi criado por Resolução do Conselho de Ministros em 12 de Julho de 2001;

<sup>98</sup> A rede AJUDA foi criada pela Portaria nº 250/99 a 8 de Abril;

<sup>99</sup> SS (2010) – Plano Avô. Disponível em: <http://www.seg-social.pt/>, (2010/02/25);

Na continuidade das políticas sociais de apoio ao idoso, surge o Acolhimento Familiar de Idosos – AFI, enquadrado pelo Despacho Conjunto nº 191/2005 é a resposta social que consiste na integração, temporária ou permanente, e, famílias consideradas idóneas ou tecnicamente enquadradas, de pessoas idosas; tem como objectivo, acolher até ao máximo de três pessoas idosas que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio de natureza sócio-familiar ou em situação de insegurança, garantir à pessoa acolhida um ambiente sócio-familiar e afectivo à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade, assim, tentar evitar ou retardar o recurso à institucionalização.

Outra resposta desenvolvida em equipamentos é o Centro de Noite – CN, regulado pelo Decreto-Lei nº 12/2006, a partir de uma estrutura já existente, dirigida a idosos com autonomia que desenvolvam as suas actividades da vida diária no domicílio, mas que durante a noite, por motivos de isolamento, necessitam de algum suporte de acompanhamento. Outro serviço que pretende prestar um conjunto de serviços ao idoso são os Centros de Dia – CD, enquadrado pelo Despacho Conjunto nº 191/2005, evitando a institucionalização, este serviço funciona como um espaço de convívio e relacionamento entre idosos, tenta evitar os que vivem em solidão, isolamento social ou ainda quando as famílias trabalham e não podem cuidar do familiar idoso.

Na área da cultura e lazer os idosos foram criados benefícios e descontos especiais, através do: Cartão do Idoso<sup>100</sup>, este cartão vem permitir a possibilidade de obter benefícios no acesso a bens e serviços públicos e/ou privados, atribuir indirectamente uma função de sociabilização, através de comportamentos colectivos, Instituto Nacional de Aproveitamento do Tempo Livre dos Trabalhadores (INATEL), Associação Portuguesa de Desporto Sénior, Academia da Cultura e Cooperação, Instituto Português do Património Arquitectónico, Instituto Português de Museus e Universidade para a Terceira Idade. Apesar das respostas sociais nem sempre corresponder ao desejável, observa-se uma constante e crescente preocupação em implementar respostas inovadoras destacando-se recentemente em:

---

<sup>100</sup> Decreto-Lei Nº 102/97 de 28 de Abril;

- Colónia de Férias e/ou Turismo “Sénior”<sup>101</sup> - através prestações sociais em equipamentos ou não, que comportam um conjunto de actividades que pretendem satisfazer as necessidades de lazer e quebrar a rotina, proporcionando ao idoso um equilíbrio físico, psíquico, emocional e social. O termalismo sénior<sup>102</sup> – é uma medida que visa permitir aos idosos em férias tratamentos naturais, reduzindo assim o consumo de medicamentos. Proporciona a deslocação temporária da sua residência habitual, refira-se que estes projectos são geridos pelo INATEL, e financiados pelo Programa de Apoio Integrado a Idosos, permitindo deste modo o contacto com um meio social diferente, promovendo a troca de experiências, que quebram ou reduzem o frequente isolamento social, dos apoios anteriormente descritos, existem outros de carácter financeiro destinados a este grupo etário, que genericamente se denominam de pensões Grácio (1999). Estas podem ser do regime contributivo ou não contributivo, consoante os idosos tenham feito ou não descontos para a Segurança Social.

“Envelhecer com Qualidade” - O Programa Envelhecer com Qualidade foi criado em 2006, pelo Gabinete Cidade Saudável do Município de Viana do Castelo, seguindo as orientações da OMS – (WHO, 2002)<sup>103</sup>, é atribuído um papel central na promoção do envelhecimento activo e saudável como uma responsabilidade partilhada entre os vários sectores da sociedade. Este Programa tem como base principal a abordagem da idade do cidadão idoso como fenómeno natural e positivo, dinamização de acções e actividades para promover a participação dos idosos na vida comunitária, a relação inter-geracional, aumentar a percentagem de idosos com vida activa, interacção entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, incentivo à população num processo de pré-reforma à participação na vida comunitária.

---

<sup>101</sup> Diário da República N° 225 II Série de 27-9-1996 fl. 13558; Diário da República N° 58 II Série de 10-03-1998 fl. 3084; Diário da República N° 99 II Série de 28-04-1999 fl. 6330;

<sup>102</sup> Despacho Conjunto N° 216/99, preâmbulo;

<sup>103</sup> OMS - Define o envelhecimento activo como um processo pela qual se optimizam as oportunidades de bem-estar físico, social e mental durante toda a vida com o objectivo de aumentar a esperança de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice, participação nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, não apenas à capacidade de o individuo estar fisicamente activo ou de fazer parte da força de trabalho, o idoso tem que continuar a participar na sociedade de forma útil. É importante que continua a fazer parte dela., intervindo e contribuindo para o seu desenvolvimento;

## Síntese do Capítulo

Assiste-se actualmente à tentativa de mudança de paradigmas na abordagem das questões relativas ao envelhecimento, ainda que aparentemente, sejam mais motivadas por vontades políticas de que resposta à queda dos sistemas de solidariedade social do que pela transformação das representações sociais e culturais. Na verdade, até há pouco tempo o processo de velhice estava associado à ideia de dependência de doença e de insuficiência e representava, antes de mais, um percurso de retirada e/ou exclusão do mercado de trabalho. Em jeito de observação referimos que as políticas sociais tendem a deixar cair o princípio de universalidade da protecção social e incentivam as ofertas selectivas do mercado privado. A emergência da privatização dos direitos sociais e do exercício de cidadania<sup>104</sup> começam a ter contornos mais urgentes nas presentes sociedades, onde se verifica um acentuado nível populacional envelhecida.

Duma forma genérica abordamos o conceito de política pública e alguns programas sociais, porém é nossa pretensão, que seja urgente e necessário a rápida intervenção de cada cidadão a nível micro e a nível macro, isto é, não basta haver políticas, programas e espaços para colocar pessoas, exigem-se cidadãos críticos, participativos, co-responsáveis e activos que saibam apelar a direitos sociais havendo uma melhor sociedade, no que respeita a serviços dirigidos à população idosa.

---

<sup>104</sup> TOURAINE, Alain (2005), *“Um Novo Paradigma para Compreender o Mundo de Hoje”*, Lisboa, Instituto Piaget;

### **III - CAPÍTULO**

#### **3. ESTUDO DE CASO**

##### **3.1.– Introdução**

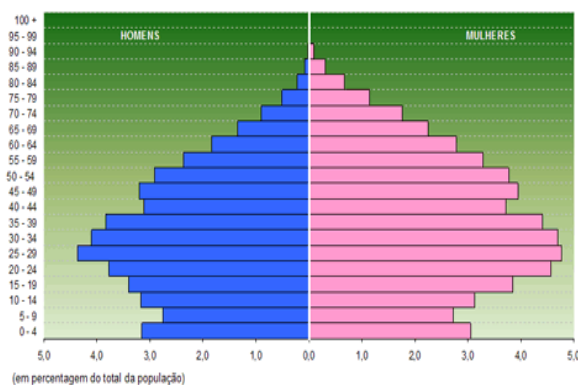
Neste capítulo daremos corpo ao estudo que nos propusemos ao início deste trabalho. A investigação científica é um processo que permite resolver problemas na área do conhecimento dos fenómenos do mundo real em que vivemos. É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação.

Classificámos nosso estudo de exploratório e descritivo, conforme o autor Vilelas (2004), descreve uma realidade procurando documentar-se como são os fenómenos que nela acontecem, em que não existe nenhum tipo de manipulação de variáveis. É descrever um fenómeno a partir da observação, não procurando explicá-lo, usando geralmente questionário ou uma observação estruturada. Também Fortin (2003), nos diz, existir dois métodos de investigação, que permitem conhecer a realidade e produzir conhecimento são eles: o *método quantitativo* e o *método qualitativo*. O primeiro está, essencialmente, associado à investigação experimental ou *quasi-experimental* e tem como objectivos estabelecer relações entre variáveis e estudar relações de causa efeito. O segundo, é um método mais explicativo, cuja finalidade é o desenvolvimento do conhecimento, com interpretação e descrição de fenómenos muito ligados à essência da experiência humana. Na perspectiva do autor Reichardt e Cook (1986, citados por Carmo e Ferreira, 1998)), “...um investigador não é obrigado a optar pelo emprego exclusivo de métodos quantitativos ou qualitativos e se a investigação o exigir poderá combinar a sua utilização”, Neste contexto, optámos pela abordagem qualitativa.

### 3.2. - Caracterização breve de envelhecimento populacional da cidade de Lisboa

Na sequência do enquadramento teórico do primeiro e segundo capítulo, a continuidade deste trabalho baseia-se no estudo empírico realizado ao Centro de Dia de Nossa Senhora do Socorro (CDNSS) – Mouraria em Lisboa. Tentando caracterizar sucintamente a capital, no que respeita aos censos da população, achamos pertinente, para melhor *compreensão* a visualização, de algumas pirâmides etárias, representadas por grupos quinquenais e de sexo, reportando-se aos censos do ano 1960 exposta na Figura nº 7, aos censos do ano 1981 exposta na Figura nº 8, e na Figura nº 9 aos censos do ano 2001. Não sendo uma leitura de números reais e com suporte para análise, os mesmos não deixam de ilustrar como era a base da população do concelho de Lisboa aos referentes anos. Observa-se assim, que o envelhecimento da população da capital já era um processo efectivo, instalado e constante.

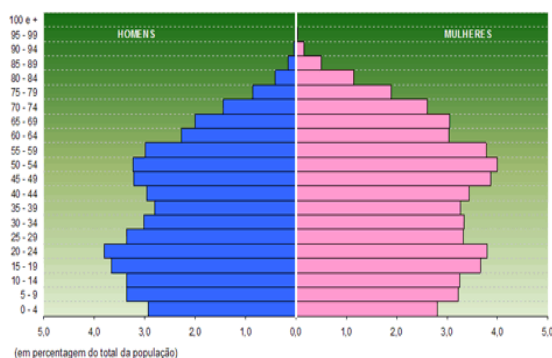
**Figura 7 - Pirâmide Etária – Concelho de Lisboa, Censos de 1960**



Fonte: INE – Instituto Nacional de Estatística

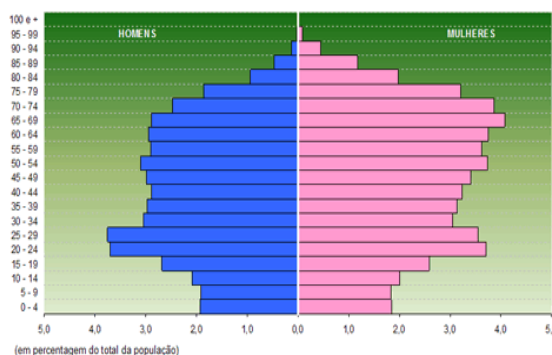


**Figura 8 – Pirâmide Etária – Concelho de Lisboa, Censos de 1981**



Fonte: INE – Instituto Nacional de Estatística

**Figura 9 - Pirâmide Etária – Concelho de Lisboa, Censos de 2001**



Fonte: INE – Instituto Nacional de Estatística

Verifique-se na figura nº 10 que o total da população residente de Portugal Continental<sup>105</sup> referente aos censos de 2001, em cor vermelha com total de 9.869.343; a grande Lisboa<sup>106</sup> em cor verde com o total de 1.947.261; Lisboa<sup>107</sup> em cor azul no total de 1.613.254; por último, em cor amarela (não sendo perceptível a visibilidade) o total da população residente da Freguesia é de Socorro com 2.675 e de 0,16% sobre a população de Lisboa (ver quadro ao lado da figura nº 10).

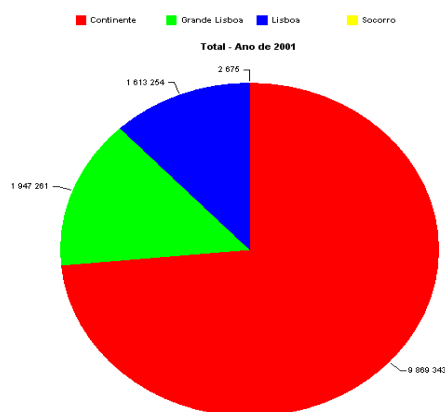
<sup>105</sup> Inclui as regiões autónomas da Madeira e dos Açores;

<sup>106</sup> Inclui todos os concelhos de Lisboa;

<sup>107</sup> Inclui todas as 53 freguesias da cidade de Lisboa;

## Figura 10 - Total da População Residente, Censos de 2001

Fonte: Instituto Nacional de Estatística



<b>Continente</b>	9.869.343	%	
<b>Grande Lisboa</b>	1.947.241	19,73	
<b>Lisboa</b>	1.613.254	16,35	
<b>J.F.Socorro</b>	2.575	0,03	0,16*

Quadro de elaboração própria com base nos dados da figura nº 10 (Total da população residente, censos de 2001)

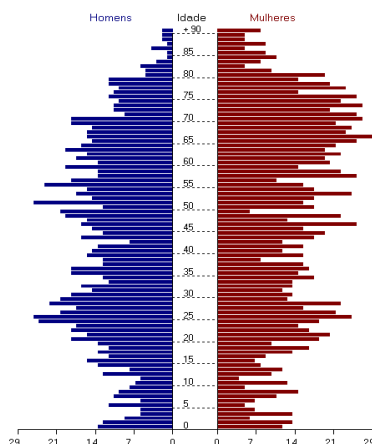
\*Percentagem sobre a população de Lisboa



<sup>108</sup> Freguesia do Socorro, mais conhecido pelo bairro da Mouraria, trata-se duma das muitas freguesias que compõe Lisboa, composta por um número de população idosa considerável, facto por nós observado aquando ao estudo, e pela leitura dos cadernos eleitorais da Junta de Freguesia, mais de metade da população residente, possui mais de 55 anos de idade. O maior número de população idosa é do sexo feminino superior à do sexo masculino. Vejamos na figura nº 11 nos censos de 2001 que a realidade da altura já mostrava ser idêntica à do presente estudo.

<sup>108</sup> Logótipo da Junta de Freguesia do Socorro “Mui Nobre e Sempre Leal Cidade de Lisboa”;

**Figura 11 - População residente na Freguesia do Socorro – Lisboa, por grupos etários e quinquenais, censos de 2001**



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, com base nos censos de 2001

Freguesia do Socorro – Mouraria situa-se numa das áreas nobres da cidade, com uma densidade de 24.777,8 /km<sup>2</sup> e, entre algumas características típicas deste bairro apelida-se pelo “Berço do Fado”, devido às muitas casas de fado existentes nas estreitas ruelas de que é composto. Nossa amostra é o próprio universo (utentes) do Centro de Dia único na Freguesia. O método aqui realizado teve por base a entrevista suportada por um guião de perguntas orientada para a resposta aberta, Neste contexto procedeu-se à elaboração dum guião de perguntas abertas, ver em anexo nº 2 (Guião de Entrevista) realizadas à entidade máxima com o cargo de directora do Centro de Dia, juntamente com o pedido de colaboração, ver anexo nº 3 (Declaração). Na realização deste estudo procuramos não preocuparmo-nos com a ordem das perguntas, que conceberam a pesquisa de nossa entrevista<sup>109</sup> a questão mais importante na construção dum guião é a clarificação dos objectivos iniciais do estudo em causa, sendo que a dimensão de análise que a entrevista comporta, passa maior parte das vezes para além do senso comum na interpretação dos dados.

<sup>109</sup> GUERRA, Isabel Carvalho, (2008) “*Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – sentidos e formas de uso*”, pp. 53, reimpressão, Setembro, Príncipe Editora;

### 3.3. - Instrumento de Estudo

Optou-se por um guião constituído por onze perguntas a respostas abertas. Segundo Fortin (2003) o questionário é um conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes e as opiniões sendo que o resultado é a tentativa de colher qualquer e toda a informação disponível no local de estudo. Dadas as características do estudo, e de acordo com a nossa orientadora, em redigir um pedido de prévia autorização dirigido ao Centro de Dia na pessoa do dirigente máximo, informando a total confidencialidade das respostas do questionário ao estudo em questão.

### 3.4. – Breve historial e caracterização do Centro de Dia de Nossa Senhora do Socorro – (CDNSS)

O Centro de Dia de Nossa Senhora do Socorro (CDNSS), equipamento da Direcção de Acção Social Local Sul – (DIASL), existe há 22 anos e faz parte integrante do Edifício do Amparo, sito na Rua da Mouraria, nº 64, 1º e 2º pisos na freguesia do Socorro, bairro da Mouraria em Lisboa. Tratando-se duma zona antiga e histórica da cidade de Lisboa, apresenta muitas barreiras arquitectónicas, devido à irregularidade do piso com declives acentuados, o que a torna de difícil acesso no seu interior. As habitações encontram-se em muitos casos desajustadas, face às necessidades reais dos utentes “*clientes*”. Dado o valor histórico onde se encontra o edifício “Colégio dos Meninos Órfãos”, desde o ano de 1273, apresenta-se com a traça do Século XVIII, após a reconstrução posterior ao terramoto de 1755, este é considerado de grande mais-valia para a população idosa desta zona da cidade de Lisboa, que tendo maior esperança de vida, frequentemente sem familiares, cuidadores e poucos recursos financeiros dependem das estruturas existentes na comunidade. Trata-se de um equipamento em altura com escadaria interior em pedra o Centro de Dia – (CD) encontra-se numa zona estratégica e central, numa rua plana de fácil acesso e abundantes transportes pelo que as solicitações são sempre muitas, adaptada a uma

das muitas diversas valências de que a Misericórdia de Lisboa dispõe como resposta social<sup>110</sup> propícia aos cuidados com pessoas na condição da *terceira idade*.

O Centro de Dia está organizado em duas valências: o próprio Centro de Dia e Serviço e o Apoio Domiciliário (SAD). Actua no âmbito geográfico das populações das Freguesias do

---

<sup>110</sup> Discurso na dirigente máxima do CDNSS, (momento da entrevista) *“A conceitualização da política de cuidados na área das pessoas idosas integra as dimensões sociais e da saúde. O social engloba o psicossocial e o Serviço Social, remete para a satisfação das necessidades básicas fundamentais, como a alimentação, a higiene pessoal e implica um processo de articulação, liberdade e direitos de integração social do indivíduo na comunidade. A saúde engloba serviços de enfermagem, tratamentos ambulatoriais, a reabilitação e paliativos, cuidados num todo em saúde preventiva, permitindo integrar diferentes níveis de intervenção, enquanto acções conjuntas pró-activas. A conceitualização da política de cuidados na actualidade, implica uma responsabilidade partilhada que permite articular os cuidados formais e informais. Os cuidados formais são organizados e prestados por organizações lucrativas, não lucrativas e públicas. Estas organizam cuidados em Lares, Residências Temporárias, Centros de Dia e/ou de Noite, Centros de Convívio e também serviços prestados no domicílio da pessoa idosa. Os cuidados informais são prestados por cuidadores familiares, vizinhos, amigos e voluntários, e estes podem ser pagos ou não. Em Portugal como a Grécia a maioria dos cuidados é efectuada num âmbito familiar, sendo a política pública deficitária comparativamente a outros países europeus, apesar de, na actualidade, a política pública na área dos cuidados ter tido um aumento substancial, quer no número de serviços, quer no número de pessoas abrangidas. Em Portugal a política de cuidados às pessoas idosas tem tomado forma nos últimos cinco anos. Os cuidados são organizados predominantemente no âmbito do sector não lucrativo. Tem sido desenvolvido um esforço para a criação de serviços e políticas activas nesta área, sobretudo na articulação entre saúde e o social e a integração dos cuidados continuados e integrados, na vertente preventiva, de reabilitação e, nestes últimos anos, paliativa e com a criação da rede de cuidados continuados integrados em 2006.*

Socorro, Graça e Santa Justa. Na valência de CD encontra-se aprovada uma lotação de 96 clientes, sendo composta por 63 mulheres (65,62%) e 33 homens (34,37%), (aguarda-se alargamento em tempo futuro para uma lotação de 110 clientes), na valência de SAD abrange uma população de 10 idosos acamados, totalmente dependentes, o tempo médio de permanência nas habitações vai de 6 a 7 horas diárias.

### **Quadro de idades dos utentes do CDNSS**

<b>Grupo Etário</b>	<b>25 - 34</b>	<b>35 - 49</b>	<b>50 - 59</b>	<b>60 - 64</b>	<b>65 - 69</b>	<b>70 - 74</b>	<b>75 - 79</b>	<b>80 - 84</b>	<b>&gt;85</b>	<b>Grande Total</b>	<b>%</b>
<b>Homens</b>	1	-	1	4	6	5	8	5	3	33	34,37
<b>Mulheres</b>	-	2	4	10	8	15	13	6	5	63	65,63
<b>Sub-Total:</b>	1	2	5	14	14	20	21	11	8	96	100%

Elaboração Própria com base nos dados fornecidos do CDNSS e da própria entrevista.

O equipamento apresenta um total de 33 colaboradores, divididos em 12 unidades de pessoal no CD e 21 no SAD, um motorista, uma animadora Sócio-Cultural, uma Assistente Social, uma encarregada de pessoal auxiliar e uma directora. De igual modo, aquando da entrevista foi-nos referido, que existe a este período, entre 3 a 5 voluntárias, este pessoal é oscilante, sendo que alguns voluntários encontram-se nas suas actividades profissionais, conjugando seus horários disponíveis com os do Centro de Dia. Os voluntários em sua maioria, são adultos, numa faixa etária entre os 50 e 60 anos de idade, com preparação humanista, o grau literário vai desde o antigo 2º ano preparatório, actual 5º e 6º ano de escolaridade até ao ensino superior, dão seus melhores préstimos a vários níveis: apoio no domicílio (higiene da habitação), higiene aos acamados do SAD, higiene de rigor ao idoso com locomoção limitada tomar da medicação, idas ao médico ou a tratamentos ambulatoriais. Alguns voluntários utilizam e remetem seus conhecimentos para as áreas da parte burocrática e identificação no que concerne a preenchimento de formulários e outros documentos similares do idoso, leitura ao idoso em sua residência, e a tantos outros níveis culturais do próprio CD como por exemplo em dias festivos nacionais, individuais ou colectivos ou alusivos a alguma temática específica.

A grande maioria dos seniores que frequentam o CD, tem baixo grau literário, havendo mesmo casos de analfabetismo e os restantes terem a 4ª classe (actual 4º ano de escolaridade), tirado por conveniência aquando na vida activa profissional. Foi-nos dito e observado que existem seniores que só sabem ler mas não sabem escrever, outros só sabem escrever e não ler, e por fim os que só sabem assinar o nome. Nesta população idosa e não idosa utente do CD foi-nos dado a assistir/observar um recital de poesia em dia comemorativo/festivo por um utente analfabeto.

O CDNSS é considerado de grande mais valia para a população idosa desta zona de Lisboa, sendo que a mesma população tem uma maior esperança de vida, na sua maior parte é uma população sem familiares cuidadores e de poucos recursos financeiros, dependem das estruturas existentes na comunidade, o CD é uma resposta social que pretende garantir a centralidade da intervenção maioritariamente nos idosos, mas, também nos indivíduos que não apresentando a idade de 65 anos, na sua situação actual, necessitam de garantir as suas necessidade básicas para organização do seu percurso de vida e efectiva inclusão social. São indivíduos que não apresentam perfil para a resposta do Centro de Apoio Social dos Anjos e então são encaminhados para este CD da Mouraria.

O CD evidencia-se pela sua capacidade de adesão a novas actividades internas (inerentes ao próprio equipamento), externas e em parceria. Apresenta parcerias internas com os outros equipamentos de idosos da DIASL Sul, Unidade de Saúde do Castelo, Extensão Natália Correia, Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão. Como parcerias externas, salienta-se a Junta de Freguesia do Socorro, Teatro Taborda, Casa da Achada, Fundação Mário Dionísio, Associação: Renovar a Mouraria, Projecto de Reinserção Familiar e Pró – Infância.

Considera-se que os utentes do CD, designados também por clientes têm um leque muito diversificado de actividades, as quais aderem com facilidade e em muitos casos com muita satisfação. Pretende-se assim criar condições com a criação de um maior número de actividades, deforma a dar uma resposta de qualidade superior sempre dirigida às suas necessidades, sendo

este o factor decisivo que visa marcar uma maior diferença na intervenção. Saliente-se que o trabalho desenvolvido junto dos clientes de SAD é em regime misto que frequentam o CD, é-lhes assegurado o transporte de retorno às suas residências, permanecendo estes no espaço a maior parte do dia, onde almoçam e lancham.

A animação sociocultural é a *alma* a centralidade de um CD. Entenda-se como uma estratégia para o desenvolvimento pessoal e comunitário, transforma a passividade, modos do quotidiano, resignação, fatalismo e ócio em participação, autonomia, emancipação, saúde física, saúde mental, muita vontade de aprender e em muita actividade. Compreenda-se que este processo é diário, diversificado e muito dinâmico. É prioridade do CD criar actividades socioculturais, adequadas, ponderadas e estudadas de modo a que se possam atingir os objectivos do próprio equipamento, ter em especial atenção, que a diversidade de actividades deverá ir ao encontro, ao maior número dos utentes de acordo com as realizações e satisfação individual, ver quadro de actividades de 2008/2009.



Quadro de Actividades durante o ano de 2008 / 2009:

<u>Ano 2008/ 2009</u> <u>Actividades:</u>	<u>Descrição breve das actividades:</u>	<u>Mulheres</u> <u>Faixa etária:</u> <u>35 – &gt;85 anos</u> <u>de idade</u>	<u>Homens</u> <u>Faixa etária:</u> <u>25 – &gt;85 anos</u> <u>de idade</u>
<b>Atelier de Informática</b>	Iniciação / aprendizagem da linguagem informática	Pouca adesão	Muita adesão
<b>Jogos de Mesa</b>	Cartas, Xadrez, Damas, Dictionary	»	»
<b>Movimentus</b>	(Expressão Corporal / Dinâmicas de Grupo)	Muita adesão	Pouca adesão
<b>Artes - Atelier de Biscuit</b>	Expressão Plástica	»	»
<b>Atelier: Técnica do Guardanapo</b>	Técnica e arte de enfeite do guardanapo na mesa	»	»
<b>Grupo de Cantares</b>	(Folclore e Etnográfico)  Cantares da região do utente  Individual ou em grupo	Totalidade	»
<b>Moda</b>	Desfile / Expressão corporal	Totalidade	Nenhuma
<b>Dança</b>	Expressão corporal	Muita adesão	Pouca adesão
<b>Atelier: Roteiro de Saúde</b>	Exercícios vários: higiene oral, diabetes, alzheimer, Parkinson, doenças sexualmente transmissíveis, etc	»	Muita adesão
<b>Fotografia</b>	Técnicas na área de revelação em suporte informático	Pouca adesão	»
<b>Atelier: “Hora da Memória”</b>	Técnicas de memória: verbalização, desenho, expressão escrita em prosa ou poema	Muita adesão	Pouca adesão
<b>Ateliers vários</b>	Participação e elaboração em festas comemorativas: Carnaval, Páscoa, Santos Populares, São Martinho, Natal, Dia dos Avós, etc	»	»
<b>Passeios Calendarizados</b>	Temáticos e de Férias	Muita adesão	Muita adesão
<b>Aniversários</b>	1 dia por mês organiza-se os festejos de aniversário dos utentes do CD;  Festejo no mês de Aniversário do CD	»	»

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos aquando da entrevista à pessoa da entidade superior do

CD

Refira-se que a participação dos utentes é muito instável e variável de actividade para actividade, o carácter de “compromisso” fundamenta-se num diálogo penoso, alegando estados de saúde debilitado, locomoção limitada, inércia, resignação, indisposição; fatalismo, etc. Sabe-se que o grau cultural é baixo em ambos os sexos, a iliteracia é mais notória nas mulheres, contudo, nota-se haver mais participação na leitura de jornais diários e outros artigos por parte dos homens.

É de referir que as Actividades/Passeios/Férias, realizam-se uma média de nove por cada ano civil. Distribuídos equitativamente, a logística nem sempre permite que todos possam estar ao mesmo tempo e no mesmo local, ou seja, devido não haver com larga disponibilidade autocarros cedidos pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, ou mesmo número suficiente de camas a todos os utentes que se inscrevem, aquando na Colónia de Férias no Verão. Os passeios realizados tiveram lugar em locais diferentes, tais como, Évora/Marvão, Marinha Grande / Nazaré, Alqueva / Reguengos, Cartaxo, Alenquer, Setúbal, Vila Franca de Xira e São Julião da Ericeira (colónia de férias). Houve também deslocações ao Teatro: - A Barraca, Teatro Taborda, Teatro da Garagem, Revista Portuguesa (Parque Mayer) e Circo, estes passeios foram com a parceria da Junta de Freguesia do Socorro (Mouraria) na comparticipação gratuita dos bilhetes, em outros momentos foi pela compra dos ingressos, pagos por cada utente e em carácter económico, devido haver número acima da média, sendo que estes eventos organizaram-se com Intra-Centros da DIASL Sul, CD N<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup>. dos Anjos, CD da Pena, CD dos Mártires, Centro Social da Sé, Lar N<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup>. dos Anjos de Lisboa.

O CDNSS, privilegia actividades e/ou articuladas em parceria Intra-Institucional, considerando ser uma mais valia para o próprio equipamento e para os utentes/clientes. No ano de 2008, foram realizados com a Unidade de Saúde do Castelo e com alguns CD da DIASL Sul, nomeadamente:

Unidade de Saúde do Castelo

- “Higiene Oral” - Foi dada uma história sobre este tema, e proposto aos idosos fazerem fantoches (um para cada personagem). O Teatro de fantoches foi posteriormente, apresentado no Espaço de Santa Casa, pela equipa de enfermagem;

- “Memórias” - (subtema “Anos 50”) Actividade realizada no Largo do Carmo, que contou com várias animações e rastreios. O CDNSS, foi convidado pela Equipa de Enfermagem a montar uma Exposição Fotográfica, com fotografias dos utentes na época de 50, bem como, exposição de algum vestuário da época;

- “Mês do Diabético” – Elaboração de sacos de pano, estes sacos brinde foram oferecidos a todas as pessoas que fizeram o Rastreio do Pé, no Espaço Santa Casa em Lisboa, todas as quintas-feiras do mês de Novembro do ano 2008;

- “O que é isto de ser velho?” – Debate promovido pela Unidade de Saúde do Castelo, técnicos de saúde: duas enfermeiras uma na área de medicina interna e a outra em cuidados intensivos, um professor na área de Biologia e um Psicólogo em parceria com o CDNSS, realizado no centro com a participação dos restantes CD e Lares da DIASL Sul;

➤ Roteiro de Saúde

- No âmbito do “Roteiro de Saúde”, promovido pela Direcção de Saúde da SCML foram realizadas reuniões com a parceria Junta de Freguesia do Socorro – JFS. Estas sessões, foram maioritariamente direccionadas para as populações imigrantes, residentes na freguesia do Socorro, contudo serviram de apoio e base às Ajudantes Familiares dos SAD’s da DIASL Sul, os temas abordados: Planeamento Familiar e Doenças Sexualmente Transmissíveis e Vigilância na Gravidez. O tema: “Doenças Sexualmente Transmissíveis” foi realizado uma segunda reunião, posterior à primeira, direccionado essencialmente aos seniores do CDNSS e a todos os outros que mostraram bastante interesse curiosidade pelo tema.

- As actividades são também Intra-Centros, ou seja organizadas pelos equipamentos que compõe a DIASL Sul: CDNSS, CDNS dos Anjos, CD Pena, CD dos Mártires, CS da Sé, Lar Nª Srª dos Anjos, sendo que a actividade tem por designação: “Festival de Variedades”, os temas são diversos com carácter temático e pedagógico.

### Actividades e/ou articulações Inter – Institucional

- Actuamos e articulamos numa perspectiva Inter-Institucional, ou seja a abertura do CDNSS à comunidade fomenta a participação e convívio saudável, com pessoas de vários grupos sociais, etnias diferentes, leituras de vida e saberes estar muito diferentes. Este trabalho só é viabilizado estabelecendo parcerias, ainda que informais, economizando recursos às várias instituições e organismos que trabalham com o mesmo objectivo: a qualidade de vida das pessoas, a autonomia, promoção e participação activa, assim nesta linha de actuação o centro estabeleceu as seguintes parcerias:

#### ➤ Teatro Taborda

A equipa do Teatro Taborda, (situado na Costa do Castelo) deu continuidade ao seu trabalho de voluntariado, mantendo uma vez por semana a actividade: “Clube de Teatro Sénior”, no qual participaram os utentes do CDNSS, esta actividade de Expressão Dramática revelou-se uma grande valia, no que respeita ao desenvolvimento de diversas capacidades cognitivas e área motora, promovendo espírito de equipa e sentimento de partilha e amizade entre a equipa de teatro e os utentes que frequentavam o Clube. Refira-se que no final do ano 2009 os idosos estavam em preparação/ensaios da segunda peça de teatro a apresentar no CD.

#### ➤ Junta de Freguesia do Socorro – JFS

- Na sequência da parceria estabelecida com a JFS, esta instituição pôde contar sempre com disponibilização das nossas instalações para realização das Assembleias de Freguesia, aquando agendadas, e aos Rastreios de Saúde, direccionados para a comunidade residente da freguesia e aos utentes do CD. Dentro desta parceria, incluem-se as seguintes actividades:

- “Alfabetização” – Esta actividade está a funcionar desde Setembro do ano 2006, aberta essencialmente aos utentes do CD, extensiva de igual modo a toda a Comunidade envolvente e residente na área da JFS. A aposta, deste objectivo é na Educação de Adultos, formando pessoas cuja escolaridade é nula ou insuficiente, tenta de igual modo combater a iliteracia, ociosidade e a inércia intelectual. A esta actividade baseia-se em leituras, interpretação de textos e sua análise, elaboração de composições (redacções), temas à escolha de cada um, prática de problemas

aritméticos (tabuada e decomposição de números), o preenchimento de formulários, inquéritos e outros documentos decorrentes em suas vidas quotidianas, etc;

- “Informática” – Esta actividade direccionada a todos os utentes do CD, extensiva a todos os residentes da Comunidade e Freguesia envolvente, tem como grande objectivo a informação e aprendizagem às novas tecnologias informáticas e o combate à infoexclusão. Esta actividade permite o melhor acesso a *mundos modernos* e de carácter mais científico até então desconhecidos aos utilizadores nesta área;

- “Reiki” – Actividade de foro terapêutico, que tem como objectivo fulcral trabalhar o equilíbrio do corpo e da mente, apostando numa nova forma de relaxamento. Aberta à Comunidade e aos utentes do equipamento, esta actividade teve forte adesão por todos que a constituem;

- “Chá Dançante” – Actividade dinâmica, realizada no salão central do CD, é realizada quinzenalmente, com a participação e actuação dum músico que dinamiza o espectáculo, cantando e tocando, fazendo as delicias de todos os envolventes, sejam os utentes do CD ou a restante comunidade da freguesia, esta actividade proporciona muita envolvência, dinamismo, muita locomoção. É uma aposta forte no combate à solidão e a depressões inerentes do próprio isolamento dos idosos e restante comunidade, é vista como uma boa terapia, mesmos para todos aqueles que estão fisicamente na actividade mas não participam em dançar;

- “Projecto RIF” – Este projecto tem por base o atendimento às famílias com crianças e jovens “Pró-Infância” e “Ambi-Jovem” da comunidade residente da freguesia, nas instalações do CD, tem como objectivo de sinalizar e aferir as necessidades problemáticas existentes das mesmas, por forma a se providenciar o respectivo encaminhamento e seguimento por parte duma equipe multidisciplinar. Este objectivo num outro momento, visou promover a articulação efectiva entre as crianças da comunidade da freguesia e os utentes do CD, numa partilha e intercâmbio de saberes de grupo idoso e grupo jovem, desmistificando a imagem “negativa/pejorativa” do “acabado e inútil ” do idoso perante as crianças. Observou-se bastante interacção na colocação de questões pertinentes, abordadas pelos dois grupos envolventes.

O projecto “Policiaemento de Proximidade” é uma das muitas actividades da Polícia de Segurança Pública PSP, trata-se duma articulação com a Junta de Freguesia à Comunidade, visa a segurança de toda a população residente, oferece *conforto psicológico* e segurança aos idosos

aquando saem do CD em horas de Inverno com pouca luminosidade nas ruelas e becos desta localidade de Lisboa.

O CDNSS oferece de igual modo uma resposta social, que pretende garantir a centralidade da intervenção maioritariamente nos Idosos mas também nos indivíduos que não apresentando a idade de 65 anos de idade, na sua situação actual, necessitam de garantir as suas necessidades básicas, para reorganização do seu percurso de vida e efectiva inclusão social. São indivíduos que não apresentam perfil para a resposta do projecto CASA (Centro de Apoio Social dos Anjos) e por esse motivo, são encaminhados para o equipamento do CDNSS. Para todos estes indivíduos, tem de se trabalhar num contexto de boas práticas que passa por:

- Explicação do exercício de cidadania e efectivação da sua prática;
- Explicação dos Direitos Humanos e o garantir dos mesmos;
- Contrariar e diminuir tendências a vícios ou comportamentos supostamente marginais, etc.

Todos os anos, tem vindo assistir-se ao crescente número de indivíduos a necessitar do apoio e respostas, que a SCML vem dando pelos diferentes equipamentos distribuídos em toda a região de Lisboa, observou-se na área da alimentação que diariamente foram distribuídas 112 refeições, considerando os casos mistos (Centro de Dia - 96 e Serviço de Apoio ao Domicílio - 10) numa totalidade de 106 mais aos 6 utentes/clientes diferentes, pertencentes à comunidade. Houve de igual modo apoio em diferentes áreas, tais como:

- Serviço de lavandaria;
- Banhos pessoais, nas instalações do CD, ajudados por auxiliares a idosos e deficientes;
- Banhos aos sem abrigo e a residentes da comunidade da freguesia.
- Acompanhamento de idas a tratamentos ambulatoriais e ao médico à população idosa, residente e isolada sem agregado familiar;
- Acompanhamento nas tomas *regulares* de medicação à população idosa residente na comunidade sem pertencer ao CD.

As linhas orientadoras que tem por base o serviço Social de Apoio ao Domicílio (SAD), é no reduzir e/ou atenuar as situações de incapacidade física e/ou mental e de isolamento/solidão; evitar e/ou retardar o tempo de internamento em hospital ou em equipamento colectivo, salvo em situações excepcionais, descongestionando os Serviços de Saúde e de Segurança Social; possibilitar a convalescença no domicílio, assegurando os cuidados necessários; evitar que a concorrência de doença, deficiência ou outros motivos, venham a prejudicar o funcionamento quotidiano; obter maior rentabilidade social dos serviços com menores custos financeiros.

As actividades desenvolvidas no domínio de cada actuação ao idoso, consiste na higienização pessoal esteja acamado ou institucionalizado, restantes cuidados pessoais, apoio na hora da alimentação, apoio na administração da toma da medicação, apoio nas tarefas domésticas no domicílio do idoso no que concerne a limpeza, acompanhamento pessoal em dialogar, estabelecer uma relação empática, apoio na vida diária e rotina, tratamento e mudança de roupas, acompanhamento a consultas e tratamentos ambulatoriais, execução de documentos, tais como prova de vida (CTT, Finanças, Banco, Segurança Social, etc). Estas actividades visam assegurar conforto e bem-estar, salubridade do ambiente envolvente nas suas habitações, incrementar elevação da auto-estima (muito comum a baixa de auto-estima nos idosos), prevenir ou dissuadir situações de morbilidade, ou mesmo de suicídio.

Foram efectuadas reuniões e visitas domiciliárias, em conjunto com a unidade de Saúde do Castelo com Médico e enfermeiros, com vista à avaliação dos diferentes casos. No que concerne ao Serviço de Apoio Domiciliário – SAD, elas desenvolve-se nas áreas das freguesias: Socorro, Graça e Santa Justa, as respectivas apresentam características comuns a nível populacional no que respeita: índice elevado de envelhecimento; alto grau de dependência; isolamento – idosos sem família; insuficiência de rendimentos da Segurança Social, grande dependência financeira; existência de familiares ou cuidadores de idade avançada com problemas grave de saúde; habitação de difícil acesso, exígua e com alto nível de degradação.

Esta actividade foi desenvolvida por uma equipa constituída por vinte e uma colaboradora – ajudantes familiares e por uma técnica de Serviço Social. Articulou-se com a Unidade de Saúde do Castelo, tendo sempre em conta uma melhor resposta às necessidades de saúde dos idosos. Manter a assiduidade das ajudantes familiares por parte dos idosos é tarefa constante e diária, contudo observou-se constrangimentos internos e externos, a nível de mobilidade e deslocações do pessoal para outros serviços, assiduidade irregular, tendo como consequência alguma instabilidade no desenvolvimento da actividade, no que concerne ao constrangimento externo, constata-se a existência de situações que após a alta-hospitalar, estas deveriam ser encaminhadas directamente para as unidades de cuidados intermédios – Hospitais de Rectaguarda, - o que a maior parte das vezes não se verifica, estando o doente idoso por sua própria conta.

As actividades (animação) que se desenvolvem junto dos idosos e em casa destes, é realizada com a Animadora Sociocultural do CD e/ou um voluntário. Refira-se que esta actividade é feita não para cumprimento de calendarização mas com base no estado de saúde que o idoso dispõe, bem como da disponibilidade tempo do agregado familiar ou cuidador dispõem. As animações são feitas com base no perfil do intelecto do sénior; passa por leitura de notícia do jornal, capítulo dum livro, ouvir o rádio e “discutir” a notícia da actualidade, ou simplesmente por conversar um tema à escolha. O projecto Animação por Casa entenda-se como se fosse uma animação *à la carte*, tendo em conta a idade, o grau de cultura e o estado de saúde do indivíduo, sendo que neste projecto como em tantos outros tem de haver interactividade.

O grau de satisfação é observado pela própria participação dos utentes, ou seja, temos noção que nem todos são activos e manifestam vontade de participar em todas as actividades. Numa generalidade, observa-se de cada vez haver actividades que consista em ouvir música e envolvimento de ritmo dançante existe grande aderência. Visto tratar-se duma população com poucos recursos materiais e financeiros, baixo nível cultural, oriundos dos mais diversos locais do País, e, alguns (poucos) de comunidade africana, com profissões que sempre lhes exigiram esforço árduo, trabalhando de Sol a Sol, remunerações baixas e saúdes debilitadas, levando-os a um estado de indolência e acomodação.



## Resumo

Feita uma breve caracterização relativa aos índices de envelhecimento da cidade de Lisboa, nomeadamente na freguesia do Socorro, com o apoio de alguns quadros de pirâmides etárias entre os censos de 1960 a 2001, partimos para a caracterização do Centro de Dia onde incidiu nosso estudo. É de fácil observação neste Centro, constatar que existem alguns constrangimentos arquitectónicos, começando pela ausência dum elevador, o acesso é através duma longa escada de pedra e degrau alto, dificultando a subida a alguns idosos até ao primeiro andar, ausentando-os de partilhar convívio e actividades, e até da hora da refeição, visto o salão encontra-se no andar de cima, nestes casos a refeição é levada ao domicílio do utente.

Observou-se nas actividades calendarizadas e pré-estabelecidas, que nem sempre são participadas devido à ausência de estímulo e incentivo por parte de quem as organiza, e quando participadas não é mais que um cumprimento de *horário* ou mesmo um número para estatística de quem nela esteve presente. Foi-nos dado a observar sob a forma de “sentir”, aquando no envolvimento com os utentes do Centro de Dia algumas hesitações em falar, tomar *a palavra*, relativamente em expressões e manifestações. Existe *algum* descontentamento que é expressado sob forma silenciada e discreta. Verificou-se que na maior parte os utentes não conhecem os seus “direitos” nem são informados sobre os mesmos. A maior parte destes idosos reflectem um semblante carregado dado ao percurso de vida que alguns tiveram a vários níveis: social, habitacional, económico, saúde, ausência de relacionamento familiar, baixo ou nula instrução literária, e de igual modo, baixa ou mesmo ausência de auto-estima. Tal como anteriormente mencionámos o guião serviu-nos de suporte à entrevista, de onde tiramos as nossas conclusões. Conclui-se que neste Centro de Dia muito haverá por fazer, começando pela humanização dos procedimentos, afinal trata-se duma forma de vida em outro *estádio* de idade. Muitos destes idosos estão cheios de histórias ricas para partilhar, são porem confundidos com estados de demência, e de fardos impossíveis em mover. Concluimos que os Programas e o conjunto de Actividades exercidas neste Centro deverião ser reajustadas e re-avaliados aos idosos. Observamos que alguns utentes pertencem a uma nova geração de idosos, ou seja, encontram-se informados a direitos sociais que lhes assistem como cidadão sénior.

## **PROPOSTAS**

É porém evidente, que como os tempos mudam, também as respostas devem mudar, por isso torna-se vital que o problema dos idosos seja encarado de uma forma global e integrada. O envelhecimento é hoje um processo cada vez mais real e complexo, e naturalmente, a capacidade e variedade das respostas deve compatibilizar essa complexidade com a Qualidade de Vida e, sobretudo como se disse antes, com a cidadania.

Sendo certo que o Estado não dispõe de termos de sustentabilidade económico-financeiro para pagar sistemas e instituições privadas, mas, enquanto membro da União Europeia e com responsabilidade aferida nesta área, teremos de observar modelos de outros países parceiros a sectores sociais ligados à saúde ou outros sectores ligados à qualidade de vida do individuo idoso, tais como: férias, educação, actividade física, habitação, direitos sociais, etc. O envelhecimento bem sucedido parece ser aquele em que a pessoa, em estado de constante experimentação, continua a fazer escolhas e a ocupar um lugar na sociedade. A integração social dos idosos torna-se uma realidade em nossos dias, sendo que é a via para lhes reduzir a dependência e preservar autoconfiança.

Apesar do Governo já se ter apercebido deste facto, e até já ter avançado com o anúncio de incentivos nesta área, na realidade ainda existem muitos locais onde as pessoas não encontram um sítio onde possam desfrutar daqueles que podem ser considerados *os melhores anos das suas vidas*. Atentos a isso têm estado alguns empresários que têm vindo a apostar na abertura de equipamentos para receber os idosos, fornecendo-lhes diversos serviços, para além do acolhimento e da alimentação, como cuidados de saúde e actividades lúdicas. Poderemos pensar que pode estar aqui uma das muitas soluções, nas parcerias que poderão vir ser criadas entre os sectores público e privado, como forma de garantir que todas as pessoas tenham direito a viver em espaços dignos. A alimentação, os cuidados de saúde, as actividades de animação, tudo isto pode ser enriquecido se dos dois lados houver empenho e cooperação.

“Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas 2004 – 2010” tenta dar resposta. O objectivo geral deste plano é permitir aos cidadãos obter ganhos em anos de vida com independência, baseando-se esta meta em três pilares fundamentais:

- - Promoção de um envelhecimento activo e saudável, ao longo de toda a vida;
- - Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;
- - Promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes facilitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

Diz-nos o programa<sup>111</sup> que “*a promoção de um envelhecimento saudável diz respeito a múltiplos sectores, que envolvem nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspectos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus*”. Embora existam múltiplas iniciativas e medidas dirigidas às pessoas idosas em vários sectores e a vários níveis da sociedade, “*não existe ainda uma estratégia nacional, regional e local, verdadeiramente cimentada, que promova o envolvimento das várias medidas numa perspectiva integrada, ao longo da vida, para um envelhecimento activo*”<sup>112</sup>. Como o modelo actual de prestação de cuidados de saúde está mais organizado para responder aos episódios agudos de doença, «torna-se desadequado para responder às necessidades de saúde de uma população em envelhecimento».

#### Envelhecer melhor na Sociedade de Informação

O papel do idoso na sociedade de hoje pressupõe o reconhecimento de que os anos vindouros serão diferentes, que as pessoas idosas serão mais informadas, mais familiarizadas com a tecnologia, mais participativas, mais conscientes dos seus direitos, autónomas e, idealmente, mais respeitadas e reconhecidas. Olive Stevenson (citado por Guimarães, 2001), refere que “ a devolução de um maior protagonismo aos cidadãos idosos, implicará uma alteração profunda das atitudes profissionais, com um forte investimento nos processos de audição dos clientes, porque é tempo de concentrar alguma atenção nos sentimentos, necessidades e desejos das pessoas idosas”.

---

<sup>111</sup> Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas 2004 – 2010.

<sup>112</sup> Idem, Ibidem.

Estando a desenvolver-se a Sociedade de Informação e do Conhecimento, onde as novas tecnologias da informação e da comunicação (TIC) podem desempenhar um papel importante nas respostas e desafios à população idosa, a melhorar a sua qualidade de vida, a manterem-se saudáveis e a viver autonomamente por mais tempo, prestando assim mais-valias a este grupo de cidadãos. Este plano de acção está integrado numa das directivas da CE denominado “Envelhecer melhor na Sociedade da Informação”, tem por objectivo permitir uma melhor qualidade de vida aos idosos, proporcionando economias significativas a nível dos cuidados de saúde e assistência social, bem como futuramente criar uma base industrial sólida na Europa dos 27 Estados Membros no domínio “TIC e envelhecimento”. As TIC irão permitir uma gestão e prestação de cuidados de saúde e de assistência social mais eficientes, bem como o aumento das oportunidades de inovação a nível dos cuidados prestados pela comunidade ou pelo próprio e dos serviços.

O plano: “Envelhecer melhor na sociedade da Informação” destina-se a melhorar a vida quotidiana das pessoas idosas em casa, no local de trabalho e na sociedade em geral, assim formula-se três grandes metas:

“Envelhecer bem no trabalho” permanecer activo e produtivo por mais tempo, com melhor qualidade de trabalho e equilíbrio entre o trabalho e a vida privada com a ajuda de TIC de fácil acesso, de práticas inovadoras para locais de trabalho adaptáveis e flexíveis, de aptidões e competências digitais e de uma aprendizagem assistida através da Internet.

“Envelhecer bem na comunidade” permanecer socialmente activo e criativo, através de soluções TIC para a criação de redes sociais, bem como do acesso aos serviços públicos e comerciais, melhorando assim a qualidade de vida e reduzindo o isolamento social.

“Envelhecer bem em casa” gozar de uma vida mais saudável e de uma qualidade de vida quotidiana mais elevada por mais tempo, assistida pela tecnologia, mantendo simultaneamente um grau elevado de independência, autonomia e dignidade.

Em conformidade com este plano de acção, fomenta também a interoperabilidade para a saúde online. A nível nacional e da Comunidade Europeia intensificou a investigação no domínio das TIC, para o envelhecimento no âmbito dos desafios levantados pela saúde online e

pela info-inclusão, dando uma maior ênfase ao envolvimento dos utilizadores e à integração das TIC adaptadas aos idosos em produtos correntes. Incentivar e encorajar as entidades competentes à adopção de tecnologias na edificação de casas inteligentes e as respectivas aplicações a garantir envelhecimento autónomo, bem sucedido e com qualidade de vida.

Consolidando nosso estudo de caso, com as abordagens feitas ao longo deste trabalho a programas e políticas sociais, analisamos que algumas práticas exercidas aos seniores deste Centro de Dia não vão de encontro à satisfação e necessidades que parecem carecer. O reforço da auto-estima e do auto conhecimento, deveria ser um meio em contexto institucional que possibilite amplo acesso e debate de informações, são pois pilares de afirmação dos utentes num futuro processo educativo.

## CONCLUSÃO

O problema do envelhecimento é, seguramente hoje, um dos problemas centrais das nossas sociedades, nomeadamente das mais desenvolvidas. Na verdade, o aumento da esperança de vida tem vindo a gerar profundas transformações na organização dessas sociedades. Transformações que vão do modo de viver, ao consumo, do espectro político, às questões da cidadania, da saúde, da solidão. Numa palavra, Qualidade de Vida é um número cada vez maior de cidadãos.

Portugal é um exemplo paradigmático desta realidade, é um dos países da Comunidade Europeia mais envelhecido e um número *considerável* de indivíduos com e mais de 100 anos de idade; é também um dos países da comunidade com evidentes carências, onde se torna visível a pouca Qualidade de Vida a este grupo alvo.

Carências que, a determinados níveis, abrangem indistintamente todos os grupos sociais, porque grande maioria dos nossos idosos sofre, desde logo, de solidão, independentemente dos seus recursos financeiros. Nos centros urbanos os modos de vida e as habitações desagregam cada vez mais cedo as estruturas familiares tradicionais, nos meios rurais porque é muito evidente o êxodo dos mais jovens para as urbes em busca de novos estilos de vida. O envelhecimento da população, aliado à procura constante de uma maior Qualidade de Vida leva a que seja necessário criar respostas para as pessoas que sem condições para poderem ficar sozinhas nas suas casas, tenham um lugar que as acolha e que lhes proporcione bem-estar, conforto e onde elas não se sintam sós.

Durante muito tempo acreditou-se que o Estado, através das “*engenharias financeiras*” da Segurança Social, constituiria o “seguro” mais do que suficiente para todos os grupos e, nomeadamente para os mais desfavorecidos. Porém, a denominada crise do Estado-Providência e financeira, evidenciou que, apesar do enorme esforço feito pelos diferentes governos, é cada vez mais difícil assegurar as respostas que os cidadãos progressivamente exigem, quer em termos de humanização na prestação de cuidados.

De facto, a sustentabilidade financeira do sistema de repartição bem como a sua eficiência e eficácia são postos em causa no nosso país, devido essencialmente a factores demográficos e económicos geradores de pobreza, desemprego e exclusão social, que sem sombra de dúvida são importantes factores de desestabilização mas que não podem ser dissociados dos factores endógenos ao próprio sistema que lentamente foram minando. Daí que as formas privadas de protecção social também se tomem indispensáveis embora não maximizadas, pois, estas também apresentam limitações estruturais, decorrentes das regras de mercado e da sua facultatividade, que inviabilizam uma existência absoluta. É neste sentido que se deve perspectivar uma revisão de leis à: Lei de Bases da Segurança Social dando novas formas de actuação privadas de protecção social. Toda esta problemática se resume a uma só questão: a opção política. Tudo isto não é mais do que uma questão de decisão política, a par de tantas outras opções. Reconhecemos que não é fácil tomar a decisão.

Estará Portugal preparado para o envelhecimento da População? “*Cerca de 30 por cento dos portugueses serão idosos em 2050*”,<sup>113</sup> o envelhecimento da população é um fenómeno crescente nos países industrializados, desenvolvidos, em vias de desenvolvimento, capitalistas, é fenómeno global. Tal deve-se ao estilo de vida da sociedade moderna, onde os casais optam por ter menos filhos e pela maternidade e paternidade tardias. Ao mesmo tempo, a evolução da medicina permite disponibilizar aos cidadãos tratamentos e recursos que lhes permitem viver muito mais tempo. Inverte-se assim a pirâmide etária que tem caracterizado a sociedade em geral. Estes fenómenos estão, pois, a provocar uma mudança no tipo de doenças que mais são tratadas no sistema de saúde.

No cenário de envelhecimento futuro, é importante que as instâncias produtoras de políticas sociais se preparem para as transformações que começaram a ter lugar. Os apoios de tipo social que têm marcado as políticas na maior parte dos países em que foram implementadas, como os centros de dia e os apoios domiciliários, poderão deixar de ser a orientação essencial das políticas nas futuras gerações de idosos. A velhice dependente vai ser o grande desafio deste milénio.

---

<sup>113</sup> Ferraz, António Mendes da Silva Vieira e Mónica Agostinha Lima “*Reforma do sistema de segurança social em Portugal: um contributo crítico*”, 2001, Novº, Editora: Universidade do Minho, Núcleo de Investigação em Políticas Económicas.

Em contrapartida, as próximas gerações virão mais bem munidas para responder às dificuldades materiais e culturais, com maior sentido de autonomia e uma mais poderosa consciência de cidadania, promotora de maior capacidade de resolução dos problemas individuais e mesmo colectivos.

Por fim, chama-se a atenção para o facto de que ao colocar-se um desafio nacional e geracional de tamanha dimensão, ele exige a busca de soluções que sejam duradouras, sustentáveis e solidárias e que por isso devem envolver os órgãos de soberania, os diferentes partidos políticos, os parceiros sociais e as instituições da sociedade civil com vocação efectiva de acção social, bem como todos aqueles que sistematicamente beneficiam e contribuem para o sistema. Exige-se mudança qualitativa na expressão dos direitos, contrariando uma cultura assistencialista que marcou o percurso sócio histórico português de pessoas mais velhas, emerge assim a necessidade duma cultura mais pró-activa.

Partindo da premissa que a futura geração de idosos será mais informada a todos os níveis, é o momento de iniciar a revalidação de políticas e programas sociais que se encontram desajustadas. Neste contexto propomos a promoção de educação intergeracional, nos centros e instituições educacionais, no sentido de reconhecer a população idosa, em seus limites e possibilidades, interagir com a mesma, estimular a reflexão sobre o envelhecimento como processo contínuo de mudanças, estimular potencialidades e algumas descobertas do trajecto de vida aos idosos. Informar e interagir na prática regular de actividades físicas realçando as dificuldades e estratégias para os hábitos do quotidiano. Estimular a reflexão acerca do exercício da sexualidade na fase desta idade, enfocando-a do ponto de vista das mudanças fisiológicas e suas relações em contexto social, problematizar os preconceitos nesse campo e valorizando a possibilidade como factor de saúde. Realçar e abordar principais sintomas vivenciais que conduzam às depressões e stress do idoso, visando reflexões sobre formas de ajuda personalizada adequada, Aprender e divulgar os direitos conquistados pelos idosos no âmbito da Política Nacional do Idoso, objectivar e estimular a participação social e o exercício de cidadania.



Estando certas e de plena consciência que, este é apenas um dos muitos inícios dum longo percurso que almejamos percorrer como investigadoras, pensamos ter contribuído com mais um ponto neste estudo deixando aqui abertura a caminhos futuros, ficando à consideração de engenheiros e investigadores na área social no que concerne a desafios de novos programas e políticas ajustáveis a futuras gerações de idosos.

## BIBLIOGRAFIA

### Referências Bibliográficas:

- BARRETO, António e outros (1996), “*A situação Social em Portugal 1960-1995*”, Instituto e Ciências Sociais – ICS, Universidade de Lisboa, Lisboa, Abril;
- BARRETO, António e outros (2000), “*A situação Social em Portugal 1960-1998*”, Vol. II, Instituto e Ciências Sociais – ICS, Universidade de Lisboa, Lisboa, Outubro;
- BOSWORTH, H.; SHAIE, K. W. (1997), “*The Relationship of social environment, social networks and health outcomes in the Seattle Longitudinal Study: Two analytical approaches*”, Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 52B, pp. 197-205;
- BORGES, C. M. M., (2002), “*Gestão participativa em organizações de idosos: instrumento para a promoção da cidadania*”, In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia, RJ: Guanabara, Cap. 124, pp.1037-1041;
- BREDEMEIRE, S.M.L., (2003), “*Conselho do idoso como espaço público*” Rev. Serviço Social e Sociedade, ano XXIV, nº 75, pp. 84-102;
- CARMO, H., FERREIRA, M., (1998), “*Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem*”, Lisboa. Universidade Aberta;
- CARREIRA, Henrique Medina, (1996), Junho, “*As Políticas Sociais em Portugal*”, 2ª Edição, Gradiva, Lisboa;
- CONIM, P (1999) “*Geografia do Envelhecimento da População Portuguesa aspectos sócio demográficos*” 1970-1021. Lisboa: Departº de Prospectiva e Planeamento e Comissão para o Ano Internacional das Pessoas Idosas 1999;
- DICIONÁRIO DAS CIÊNCIAS HUMANAS, (2006), Editores CLIMEPSI, sob a direcção e coordenação de Jean-François Dortier, 1ª Edição, Lisboa, Maio;
- DUARTE, V. B., D.G., Santana, M. da G., Soares, M. C. & Thofern, M. B. (2005) “*A perspectiva do envelhecer para o ser idoso e sua família*”, Família Saúde e Desenvolvimento, V 7 Nº1, pp. 42-50, Jan-Abril, Curitiba;
- DYE, Thomas R., “*Understanding Public Polic*”, Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1975;

- FARIA, L. & Marinho, C (2003), “*Perspectivas sobre o envelhecimento: actividade física e promoção do bem-estar físico e psicossocial de idosos*”. Rev. de Psiquiatria, 24 (3), 51-69;
- FERNANDES, A. A. (2001) “*Velhice, Solidariedade Familiares e Política Social*”, Sociologia, Problemas e Práticas, nº 36, pp. 39-52;
- FERNANDES, Ana A. (1999) “*Velhice e Sociedade: alterações nos calendários demográficos e políticas sociais*”, In V Cursos internacionais de Verão de Cascais - A Família, 4º Vol. Cascais: s/Ed., pp 21-59;
- FERNANDES, Ana A. (1997) “*Velhice e Sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*”, (ISBN 972-8027-83-4), Celta Editora, Oeiras;
- FERNANDEZ-BALLERSTEROS, R.; ZAMARRON, M.; RUNDIGER, G.; SHROOTS, J.; HEKKINEN, E.; DRUSINI, A.; PAÚL, C.; CHARRZEWSKA, J.; ROSEMARY, L.(2003), “*Assessing competence: The European Survey on Aging Protocol (ESAP)*”, Gerontology, 50, pp. 330-347;
- FERNANDEZ-BALLERSTEROS, R. (2002)” Vivir com vitalidad”, Vol. I, - Envejecer bien. Qué es y como logarlo – Madrid, Ediciones Pirámide;
- FERRARI, M.A.C., (1999). “*O envelhecer no Brasil*”. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, 23 (4), 197:203;
- FERRAZ António Mendes da Silva Vieira e Mónica Agostinha Lima, 2001, Novº, “*Reforma do sistema de segurança social em Portugal: um contributo crítico*”, Editora: Universidade do Minho, Núcleo de Investigação em Políticas Económicas;
- FERRINHO, P.; BUGALHO, M.; PEREIRA MIGUEL, J.,(2001) “*For Better Health in Europe*”. Report with the support of the European Commission. (Lisboa, Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal;
- FIGUEIREDO, L. (2007) “*Cuidados familiares ao idoso dependente*”, Lisboa, CLIMEPSI - Editores;
- FONSECA, António M. (2005), “*O envelhecimento bem-sucedido*” in Constança Paúl e António M. Fonseca, (coords.), *Envelhecer em Portugal, Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*, Lisboa: Climepsi Editores, (pp. 281-309);
- FONTAINE, R. (2000), “*Aspectos psicológicos*” – Envelhecimento, Lisboa: Climepsi Editores;

- FORTIN, M. (2003), “O processo de Investigação: da concepção à realização”.3ª edição, Loures, Lusociência;
- FREIRE, S. A. (2000) “*Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico*”, In A. L. Neri & S. Freire (Eds.), - E por falar em boa velhice - pp. 21-31, Campinas:Papirus;
- GIL, ANA PAULA MARTINS, (1998), “*Solidariedades intergeracionais e instituições de velhice*”, Tese mestrado em Sociologia (Família e População), Universidade Évora;
- GONÇALVES, João (coordenador), Carta Social – Rede de Serviços Equipamentos (2000), Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Deptº de Estudos, Prospectiva e Planeamento, Lisboa, (Dezº/2001)“*Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso (QVI) para Cálculo do Índice*”;
- GRÁCIO, Sérgio, (1999), “*Ensinos Técnicos e Política em Portugal 1910-1990*”, Lisboa, Instituto Piaget;
- GUERRA, Isabel Carvalho, (2008), “*Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – sentidos e formas de uso*”, pp. 53, Reimpressão, Setembro, Princípia Editora;
- GUIMÃRAES, P. (2001), “*Os direitos dos idosos*”, In Envelhecer, um direito em construção, Lisboa;
- HESPANHA, Pedro, Alcina Monteiro, A. Cardoso Ferreira, Fernanda Rodrigues, M Helena Nunes, M José Hespanha, Rosa Madeira, Rudy van den Hoven, Sílvia Portugal, (2000)“*Entre o Estado e o Mercado – As Fragilidades das Instituições de Protecção Social em Portugal*”, Edicº Quarteto, Abril;
- KALACHE, A.; Lunenfeld, B. WHO (2001), “*International Society for the Study of the Ageing Male*”, in WHO/NMH/NPH/01.2, Geneva;
- KELLERHALS, J., e MC CLUSKEY, H. (1988), “*Uma topografia subjectiva do parentesco*”, in *Sociologia — Problemas e Práticas*, n.º 5, pp. 171-189;
- KIEKENS, D. e Conink, P. (2000) “*Reforçar a capacidade de inserção profissional dos trabalhadores mais idosos: uma aposta que se poderá ganhar?*” Revista. Europeia de Formação Profissional, Nº 19, Centro Europeu para o Desenvolvimento da Formação Profissional (CEDEFOP), Ministério do Trabalho e da Solidariedade (Ed. Portuguesa), Novº, Lisboa;

- KRAUSE, N. (1997) “*Anticipated support, received support, and economic stress among older adults*” Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 52B, pp. 59-73;
- LAKATOS, E.M. MARCONI, M.A. (1992), “*Metodologia do trabalho científico*”, 4ª Edição Atlas, São Paulo; LESSARD-Hébert, Michelle; Goyette, Gabriel; Boutin, Gérald, (1990) «*Investigação Qualitativa – fundamentos e práticas*», Colecç: Epistemologia e Sociedades, nº 21, Lisboa;
- LEMOS, Manuel, (Coordenador), (2005), “*As Misericórdias Portuguesas na Assistência aos Idosos*”, Observatório de Idosos e Grandes Dependentes, União das Misericórdias Portuguesas, Fundação Oriente, Fevereiro;
- MARQUES, Fernando (1997) “*Evolução e Problemas da Segurança Social em Portugal após 25 de Abril*”, Lisboa: Cosmos;
- MARTINS, L. R., (1999) “*Envelhecimento e saúde*”: *um problema social emergente*”, retirado a 30 de Dezº de 2009, (<http://psicologiafins.pt.html>);
- MINISTÉRIO DA SAÚDE; (2002), Relatório de 2001 do Director-Geral e Alto Comissário da Saúde; Ganhos de Saúde em Portugal, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, 2002;
- NAGEL, Lizia, Helena, (1980), artigo: “*Estado Brasileiro e as Políticas a partir dos anos 80*”, Doutora em Filosofia da Educação, professora do Departamento de Fundamentos da Educação da Universidade Estadual de Maringá ([http://www.pde.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/Textos\\_Videos/Lizia\\_Nagel/CASCADEEstadoPOL.pdf](http://www.pde.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/Textos_Videos/Lizia_Nagel/CASCADEEstadoPOL.pdf));
- NAZARETH, J.M. (1988), “*Portugal os próximos 20 anos: unidade e diversidade da demografia portuguesa no final do século XX*”, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian. Vol.3;
- NERI, A. L., (2005), “*As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressa no Estatuto do Idoso*”, A Terceira Idade, vol. 16, nº 34, pp.7-24;
- NEVES, Ilídio, (2003) “*Lei de Bases da Segurança Social*”, Comentada e Anotada, Coimbra;
- NEVES, Ilídio, (1996) “*Direito da Segurança Social*”, Coimbra;
- OLIVEIRA, J.H.B., (2005), “*Psicologia do envelhecimento e do idoso*”, Porto, Livresic-Psicologia;

- OLIVEIRA, J., (1999), “*Os idosos vistos por eles mesmos: variáveis personológicas e representações da morte*”, Psicologia, Educação e Cultura, 3, pp. 323-343;
- PAPALIA, D.E. & Olds, S.W., (2000), “*Desenvolvimento Humano*”, Porto Alegre: Artmed;
- PASCHOAL, S. (2002), “*Qualidade de Vida na velhice*”, In E. Freitas, L. Py, A. Neri, F. Cançado, M. Gorzoni & S. Rocha (Eds.), - Tratado de Geriatria e Gerontologia – (pp. 79-84). RJ: Guanabara Koogan;
- PARENTE, M. A. M. P., Júnior, A. A. O., Jaeger A., Schuh, A. F. S., Holderbaum, C.S., et al. (Orgs)., (2006), “*Qualidade de vida dos idosos*”. In C. M. Trentini, F. M. F. Xavier & M. P. A. Fleck (Eds), “*Cognição e envelhecimento*” (pp 18-29). São Paulo: Artmed Editora;
- PAÚL, C.& Fonseca, A.M., (2005), “*Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*”. In C. Paul, A. M. Fonseca, I. Martins & J. Amado (Eds.), Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi;
- PAZ, S. F., FREITAS, E. V. de, et. al., (2002), “A situação de conselhos e fóruns na defesa dos direitos dos idosos”, in - Tratado de geriatria e gerontologia, Cap. 125, pp. 1042-1047, RJ, Guanabara;
- PESTANA, Nuno Nóbrega, (2003), “*Trabalhadores mais Velhos: Políticas Públicas e Práticas Empresariais*”, Cadernos de Emprego e Relações de Trabalho nº 01, Direcção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho – Ministério da Segurança Social e do Trabalho, (MSST / DGERT), Lisboa;
- QUARESMA, M<sup>a</sup> de Lourdes, (2006), “*A Evolução das Aspirações e Necessidades da População Envelhecida – Novas Perspectivas de Actuação e Intervenção*”, in PROTECÇÃO SOCIAL, Cadernos Sociedade e Trabalho, Nº VII, Lisboa, pp 179-198;
- QUARESMA, M<sup>a</sup> de Lourdes, (2004), “*O sentido das idades da vida, interrogar a solidão e a dependência*”, Lisboa, edições Cesdet;
- QUARESMA, M. Lourdes, (1988), “*Política da velhice: análise e perspectiva*”, Revista da Associação Portuguesa de Psicologia, (VI – 2);
- REBELO, J.; PENALVA, H., (2004), “*Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e seu impacto na sociedade*”, Comunicação apresentada no III Congresso de Demografia, in PAÚL, C.& Fonseca, A.M, “*Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*”Lisboa;

- REICHARDT, Charles S., e Cook, Thomas D., (1986) “*Métodos Cualitativos y Cuantitativos em Investigación Evaluativ*”, Madrid, Morata;
- REVISTA INTERNACIONAL, (2002), “*O desafio do envelhecimento para a Segurança Social*”, Seguridad Social, Vol.55, pp.13, Nº1, Março;
- ROSA, Maria João Valente (2000), “*Portugal e a União Europeia do ponto de vista demográfico a partir de 1960*”, in “*A Situação Social de Portugal 1960-1999*”, Vol II Instituto de Ciências Sociais, Lisboa, Outº, pp 436;
- ROSA, Maria João Valente, (1996), “*O Envelhecimento da População Portuguesa*”, Cadernos do Público, nº 3;
- ROSSELL, N., Herrera, R & Rico, M (2004) “*Introducción a la Psicogerontologia*”, Madrid: Ediciones Pirâmide;
- SANTOS, Boa Ventura Sousa, Bento Maria Gonelha Maldonado & Costa, Alfredo, Bruto, (1998), “*Uma visão Solidária da Reforma da Segurança Social*”, Centro de Estudos Sociais, FEUC, Universidade de Coimbra;
- SEABRA, M. F. D., (1995), “*Que idosos temos?*” Geriatria, 8 (75), pp. 22 a 27 e 183;
- SIMÕES, António, (2006). “*A Nova Velhice*”, Lisboa: Âmbar;
- SOUSA, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M., (2004), “*Envelhecer em família – os cuidados familiares na velhice*”, Porto, Âmbar;
- SOUSA, L., Galante, H. & Figueiredo, D., (2003), “*Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa*”. Revista Saúde Pública, 37 (3),pp: 109, 364-371;
- SOUSA, Santos Boaventura, (1993), “*Portugal: Um Retrato Singular*”, Ed. Afrontamento, Porto;
- SQUIRE, A., (2005), “*Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas – Fundamentos básicos para a prática*”. H. Godinho & J. Barros (trad.), Loures: Lusociência, Portugal;
- The World Bank (1994), “*Averting the Old age Crisis*”, Oxford: Oxford University Press;
- TOURAINE, Alain (2005), “*Um Novo Paradigma para Compreender o Mundo de Hoje*”, Lisboa, Instituto Piaget;

- VIEIRA, A. C. M. L., (2003), “*Qualidade de Vida e Suporte Social dos Idosos em Ambiente Institucional*” – Contributos da Bioética, dissertação de Mestrado em Bioética e Ética Médica apresentada à Faculdade de Medicina, Porto, Universidade do Porto;
- VILELAS J., (2004), “*Sebenta – Investigação em Enfermagem*”. Monte da Caparica;

**Publicações de Conferências, Actas de Seminário e/ou Cadernos:**

- Envelhecer um Direito em Construção, (2000), Actas do Seminário, Centro de Estudos para a Intervenção Social, 1 e 2 de Fevereiro de 1999;
- INE, - Estimativas Provisórias de População Residente 2008, Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios;
- INE, - Projeções de População Residente, Portugal e NUTS III, 2000-2050 – 2005 e 2008-2060 – (2009);
- INE - (2009), “População Residente - Portugal - 2008 – 2060” Instituto Nacional de Estatística, Departamento de Estatísticas Demográficas e Sociais, Lisboa;
- INE, - Seminário Geracional, (2007) – INE, “*Crianças e Idosos*”, Lisboa, 09 de Maio de 2007;
- INE (2003), “*Estimativas Definitivas de População Residente Intercensitárias, 1991-2000, Portugal, NUTS II; NUTS III e Municípios*”, Instituto Nacional de Estatística – Departamento de Estatísticas Censitárias da População, Lisboa;
- INE (2002a) “*O Envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*”; Documento preparado pelo Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População, Ed. INE, Lisboa;
- INE (1999), “*As famílias unipessoais de idosos têm crescido nos últimos anos, principalmente as famílias unipessoais de mulheres*”, (Cf. INE. *As Gerações Mais Idosas*. Série de Estudos Nº. 83. Portugal). Lisboa;
- INE, “*Recenseamentos Gerais da População 1991 e 2001*”, Instituto Nacional de Estatística Departamento de Estatísticas Censitárias e da População, Lisboa;



- Organização Ibero Americana de Segurança Social (1984) Segurança Social em Portugal, Evolução e Tendências, Lisboa & Madrid: Organização Ibero Americana de Segurança Social;
- Políticas Sociais Activas em Portugal, (2000), Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Edç. IDS, Fevereiro;
- PROTECÇÃO SOCIAL, (2006), Cadernos Sociedade e Trabalho Nº 7, Direcção-Geral de Estudos e Planeamentos (DGEEP), Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), 1ª Ed, Setº;
- Relatório Final, de Maio de 2005, desenvolvido pela empresa Espaço e Desenvolvimento para o Instituto de Emprego e Formação. Formação da equipe: Ana Fernandes (Coord), Susana Graça (Coord.-Adjunta), Custódio Conim, Emília Andrade Maria de Lourdes Quaresma e A. Oliveira das Neves e F. Ribeiro Mendes (consultores);

#### **Publicações do Governo:**

- CARRILHO, Maria J & Gonçalves, Cristina, (2004), “*Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: Análise Exploratória dos Resultados dos Censos 91 e 2001*”, Lisboa, INE;
- Constituição da República Portuguesa – CRP, (1976), A Casa da Moeda, Lisboa;
- Diário da República - DR. I Série, de 23 de Abril, Nº 95 pp. 1595-1596, (Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/88);
- Diário da República Nº 225 II Série de 27-9-1996 fl. 13558;
- Diário da República Nº 58 II Série de 10-03-1998 fl. 3084;
- Diário da República Nº 99 II Série de 28-04-1999 fl. 6330;
- GONÇALVES, João, (2002), Segurança Social em Portugal, uma “*Avaliação da Situação em Portugal*”, Portugal 1995-2000, Lisboa: DEPP / MTSS;

### **Outras referências e/ou pesquisas - On-Line:**

- [www.projectotio.net](http://www.projectotio.net), – TIO – Terceira Idade;
- [www.harrisonsonline.com](http://www.harrisonsonline.com), News; Cardiovascular Disease Leads to Higher Risk of Dementia (Pittsburgh, May 10, The Macgraw-Hill Companies, 2001- 2002;
- <http://catesoc.gep.mtss.gov.pt/>: “Esperança de vida sem incapacidade física de longa duração: Portugal Continental, 1995-1996” - Instituto Nacional de Estatística; colab. com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, INE, 2000;
- [http://www.presidenciaue.parlamento.pt/inicitivas\\_europeias/sec\\_com/com2006\\_0571pt.pdf](http://www.presidenciaue.parlamento.pt/inicitivas_europeias/sec_com/com2006_0571pt.pdf), COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS, COM (2005) 525 de 3.11.2005;
- [www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf](http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf), “*Envelhecimento e Políticas Sociais*”, pp 127-128, MARTINS, ROSA, M<sup>a</sup>, LOPES, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Viseu;
- [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf), (Data de acesso a: 6 Julho de 2007), OMS (2002), “Active ageing. A policy framework”. Second United Nations World Assembly on Ageing;

## ANEXO - 1

### Guião de Entrevista

#### Apresentação e Objectivos da Entrevista:

Estamos a contactá-la no sentido de nos facultar dados para condução dum estudo sobre a qualidade de vida dos seniores utentes do Centro de Dia que gere bem como a comunidade idosa residente, envolvente na zona geográfica, utilizadora destes serviços. Este guião de perguntas é a tentativa de perceber se as actividades, serviços e /ou valências que dispõem vão de encontro às reais necessidades dos idosos utentes deste centro, promovendo envelhecimento activo, participativo e bem sucedido.

Guião de Perguntas Abertas para condução de realização ao Estudo de Caso do Centro de Dia de Nossa Senhora do Socorro (Lisboa) – CDNSS

1- **Quantas valências possui o Centro e em que âmbito geográfico o equipamento actua?**

---

---

2- **Quantos idosos compõe o CD e quantas pessoas trabalham no Centro?**

---

---

3- **Qual o grau de literacia dos séniores que frequentam o CD?**

---

---

4- O Centro responde às reais necessidades dos seus utentes e da comunidade idosa envolvente na zona geográfica?

---

---

5- As actividades no CD fomenta o envelhecimento activo da população utente / cliente?

---

---

6- Quais as actividades de animação Sociocultural que desenvolvem?

---

---

7- Quais as actividades ou articulações Intra – Institucional e Inter Institucional que desenvolvem ?

---

---

8- Quais os serviços ou valências que fornecem à Comunidade sénior residente na área circunscrita ao CD?

---

---

9- Quais as linhas orientadoras que tem por base o Serviço de Apoio ao Domicilio – SAD?

---

---

10- Quais actividades que desenvolvem aos seniores do SAD?

---

11- Como observam e/ou medem o grau de satisfação das actividades e serviços dirigidos aos seniores do CD?

---

## ANEXO – 2

### DECLARAÇÃO

#### ASSUNTO:

Para os devidos efeitos se declara que a licenciada Maria dos Anjos S. Soeiro é nossa mestranda em 2º Ciclo do Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais. No âmbito das actividades científicas efectua a sua tese de dissertação na área das políticas sociais do envelhecimento em Portugal. Pede-se que lhe seja dada toda a colaboração possível, a fim de concretizar o seu trabalho de campo.

Lisboa 25 de Setembro de 2009

Coordenadora de Mestrado

Teresa Rodrigues

---

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas de Lisboa - UNL